

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ
MARILUCI HAUTSCH WILLIG

**AS HISTÓRIAS DE VIDA DOS IDOSOS LONGEVOS DE UMA COMUNIDADE:
O ELO ENTRE O PASSADO E O PRESENTE**

CURITIBA
2012

MARILUCI HAUTSCH WILLIG

**AS HISTÓRIAS DE VIDA DOS IDOSOS LONGEVOS DE UMA COMUNIDADE:
O ELO ENTRE O PASSADO E O PRESENTE**

Tese submetida à Banca de Defesa do Curso de Doutorado em Enfermagem, do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Setor de Ciências da Saúde, da Universidade Federal do Paraná, como requisito parcial para a obtenção do Título de Doutor em Enfermagem - Área de Concentração: Prática Profissional de Enfermagem.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Maria Helena Lenardt

CURITIBA

2012

Willig, Mariluci Hautsch

As histórias de vida dos idosos longevos de uma comunidade: o elo entre o passado e o presente / Mariluci Hautsch Willig – Curitiba, 2012. 158 f. ; 30 cm

Orientadora: Professora Dra. Maria Helena Lenardt
Tese (doutorado) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Setor de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Paraná. Área de Concentração: Prática Profissional de Enfermagem.

Inclui bibliografia

1. Idosos de 80 anos ou mais. 2. Longevidade. 3. História. 4. Cultura. 5. Enfermagem geriátrica. I. Lenardt, Maria Helena. II. Universidade Federal do Paraná. III. Título.

CDD 618.970231

TERMO DE APROVAÇÃO

MARILUCI HAUTSCH WILLIG

AS HISTÓRIAS DE VIDA DOS IDOSOS LONGEVOS DE UMA COMUNIDADE: O ELO ENTRE O PASSADO E O PRESENTE

Tese aprovada como requisito parcial para obtenção do Título de Doutor em Enfermagem. Área de Concentração Prática Profissional de Enfermagem, do Programa de Pós-Graduação - Doutorado em Enfermagem, Setor de Ciências da Saúde, da Universidade Federal do Paraná, pela seguinte banca examinadora:

Orientadora:



Prof. Dra. Maria Helena Lenardt

Presidente da Banca: Universidade Federal do Paraná - UFPR



Prof. Dra. Astrid Eggert Boehs

Universidade Federal de Santa Catarina - UFSC



Prof. Dra. Célia Pereira Caldas

Universidade do Estado do Rio de Janeiro - UERJ



Prof. Dra. Marilene Loewen Wall

Universidade Federal do Paraná - UFPR



Prof. Dra. Maria de Fátima Mantovani

Universidade Federal do Paraná - UFPR

Curitiba, 14 de dezembro de 2012.

*Aos meus genitores
Johann Andreas Michael Hautsch e
Thereza Assenheimer Hautsch
(in memoriam)
Pela vida, e pelo que sou!*

***“Tu (ó Deus)
Conheces o meu assentar e o meu levantar;
de longe entendes o meu pensamento.
Cercas o meu andar e o meu deitar;
e conheces todos os meus caminhos.
[....] se tomar as asas da alva,
se habitar nas extremidades do mar,
até ali a Tua mão me guiará
E a Tua destra me susterá.”***

(BÍBLIA, V.T. Salmos. cap. 139, vers. 2-10).

AGRADEÇO...

À Minha Família:

*meu esposo **Odmar**,*

*aos meus filhos **Thiago, Filipe, Saulo e Débora**,*

*ao meu neto **Gabriel** - meu raio de sol,*

por todo amor, paciência, compreensão, apoio e suporte tecnológico que proporcionaram para que eu pudesse completar esta trajetória de vida.

*À Professora Doutora **Maria Helena Lenardt**, querida amiga e minha orientadora de longa data, principalmente por despertar o meu entusiasmo em plena velhice cronológica, pelo pensamento filosófico.*

*Ao Programa de **Pós-Graduação** em Enfermagem e **Professores**, pela oportunidade de cursar o Doutorado em Enfermagem.*

*Às Professoras Doutoras: **Astrid Eggert Boehs; Célia Pereira Caldas; Marilene Loewen Wall** e **Maria de Fátima Mantovani**, pela disponibilidade em compor a banca de defesa e pelas contribuições advindas de suas considerações.*

*À Professora Doutora **Gisele Cristina Manfrini Fernandes**, pelos materiais compartilhados e aportes metodológicos.*

*Ao Professor **Euzébio Luiz Vivan**, por colaborar na revisão ortográfica.*

*Aos **Membros** do Grupo Multiprofissional de Pesquisa sobre Idosos - **GMPI**, pela convivência e conhecimentos compartilhados ao longo do tempo.*

*Às **Amigas e Amigos** de doutorado, pela amizade, apoio e troca de experiências.*

*À Mestranda **Susanne Elero Betiolli**, que me acompanhou nas visitas aos longevos e nas subidas e descidas pelo Bairro Alto.*

*Ao Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná- **HC**, meu campo de trabalho profissional.*

*À **Equipe** de Enfermagem do **PA/ SEC Pediatria**, pelos anos de trabalho compartilhado e pelo apoio no enfrentamento de situações difíceis.*

*À Enfermeira **Ana Elisa Casara Talmann Pimenta**, facilitadora de minha entrada no campo e pela indicação e acompanhamento nas visitas domiciliares.*

*Às **Agentes Comunitárias** de Saúde da Unidade Básica de Saúde Bairro Alto, pela disponibilidade em acompanhar-me nas visitas iniciais aos longevos.*

*Aos **Longevos** que me acolheram em suas casas e compartilharam suas histórias de vida.*

*A **todos** que contribuíram de alguma forma para que eu pudesse concluir este trabalho, o meu eterno agradecimento!*

*Tudo tem o seu tempo determinado
e há tempo para todo o propósito debaixo do céu:
há tempo de nascer, e tempo de morrer;
tempo de plantar, e tempo de arrancar o que se plantou;
tempo de matar, e tempo de curar;
tempo de derrubar, e tempo de edificar;
tempo de chorar, e tempo de rir;
tempo de prantear, e tempo de dançar;
tempo de espalhar pedras, e tempo de ajuntar pedras;
tempo de abraçar, e tempo de afastar-se de abraçar;
tempo de buscar, e tempo de perder;
tempo de guardar, e tempo de lançar fora;
tempo de rasgar, e tempo de coser;
tempo de estar calado, e tempo de falar;
tempo de amar, e tempo de odiar,
tempo de guerra, e tempo de paz.*

(BÍBLIA, V.T. Eclesiastes. cap. 3, vers. 1-8)

RESUMO

WILLIG, Mariluci Hautsch. **As histórias de vida dos idosos longevos de uma comunidade¹: o elo entre o passado e o presente.** 2012. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Programa de Pós-graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2012. 158p.

Orientadora: Profa. Dra. Maria Helena Lenardt

Linha de Pesquisa: Processo de Cuidar em Saúde e Enfermagem

O objetivo deste estudo consistiu em interpretar as histórias de vida dos idosos longevos usuários de uma Unidade Básica de Saúde em Curitiba - PR, alicerçada na perspectiva do Envelhecimento Ativo e Curso de Vida. Foi realizada pesquisa do tipo qualitativo de enfoque sócio-histórico, a qual aborda as histórias de vida de vinte longevos. A coleta de dados ocorreu mediante a realização de entrevistas narrativas no domicílio dos participantes. As entrevistas foram gravadas e transcritas, com a autorização prévia dos informantes. As narrativas foram submetidas às etapas do processo de análise proposto pelo sociólogo alemão Fritz Schütze (2010): análise formal do texto, descrição estrutural do conteúdo, abstração analítica, análise do conhecimento, comparação contrastiva (comparação mínima e comparação máxima) e construção de um modelo teórico acerca da longevidade. As vinte histórias de vida foram submetidas às duas primeiras fases de análise. Para continuidade do processo analítico foram eleitas oito histórias de vida, que se mostraram mais pertinentes aos propósitos do estudo. As análises das trajetórias de vida resultaram em dez categorias que apresentaram semelhanças entre si, e oito consideradas diferentes às demais. As categorias apresentadas na comparação mínima foram: **1 - O trabalho como subsistência da vida cotidiana** - os membros da família trabalhavam impulsionados por suas necessidades e exigências; **2 - As famílias extensas e suas implicações** - o elevado número de filhos, a situação sócioeconômica e as condições dos fatores de produção não permitiam aos pais que enviassem os filhos à escola; **3 - A família patriarcal e a educação dos filhos** - os arranjos familiares eram eminentemente centrados na autoridade paterna, severidade, temor e deveres dos filhos. **4 - Os conflitos políticos presenciados na infância - A cultura de silêncio** - relatos de passagens da participação política de seus genitores, bem como as repercussões desses em suas vidas; **5 - A utilização de práticas culturais de cura como alternativa no cuidado à saúde** - utilizada mais frequentemente na infância - os chás, as garrafadas, como também a figura do benzedor, raizeiro e curandeiro, essas práticas tem sua perpetuação no presente; **6 - O êxodo rural como expectativa de melhora de vida** - ocorreu na fase adulta dos participantes e apresenta as dificuldades iniciais enfrentadas na região urbana; **7- As perdas e os enfrentamentos ao longo do curso de vida** - esses eventos representaram momentos de angústia, revolta, desgosto, e deixaram marcas, após a superação destes, reconstruíram suas vidas e famílias. **8 - A Religiosidade e sua representatividade nas trajetórias de vida dos longevos** - força propulsora de suas vidas, o apego à religião denota crenças, tradições, valores e formas de

¹ Por tratar-se de um termo polissêmico, faz-se necessário clarificar que neste estudo **comunidade** é vista como o espaço vivido, construído e compartilhado pelos indivíduos (KLEBA, 2012). Comunidade como um conjunto de interações, comportamentos humanos, que tem como base a partilha de expectativas, valores, crenças e significados entre os indivíduos (BARTLE, 2007).

proteção, expressaram sua religiosidade como verdade incondicional;

9 - A trajetória atual - uma representação diferenciada de envelhecer - o cuidado à saúde é visto como prioritário, procuram se alimentar de forma saudável e manter-se ativos. A aproximação com filhos e netos traz segurança e favorece a ajuda mútua;

10 - A trajetória futura e os projetos de vida - soam como continuidade da vida e expectativas do que podem e o que almejam fazer, num contexto de desejos, saudades e declarações de amor à vida. As categorias que se apresentaram diferentes às oriundas da comparação inicial foram:

1 - Fumar - hábito adquirido na adolescência - entendem que o uso do fumo, pode trazer consequências à saúde com comprometimento da qualidade de vida, contudo, um dos longevos afirma não conseguir abandonar o vício;

2 - A vida solitária - amizade com os vizinhos como rede de apoio - a vida solitária manifestada na trajetória individual da longeva, não é vista por ela como fato negativo, mas sim como escolha pessoal;

3 - Novo casamento dos longevos após viuvez - os homens quando perderam suas esposas, casaram-se novamente, diversamente das mulheres que permaneceram viúvas;

4 - Insegurança gerada por moradia em área de risco - a insegurança causada pela presença de traficantes na região se configura como uma forma de violência ao longo;

5 - O trabalho após a aposentadoria visto como uma necessidade - para manter a família, com pessoas doentes e dependentes, que dispõem maiores recursos financeiros em seus cuidados à saúde;

6 - A atenção à saúde referida como insatisfatória - em relação à demora de encaminhamento à atenção secundária e a falta de medicamentos usualmente distribuídos na Unidade Básica de Saúde;

7 - Alimentação precária por ingesta inadequada de nutrientes - a localização do trabalho distante da residência, não permite ao longo realizar as refeições em casa, em consequência a alimentação é insatisfatória, pobre em nutrientes;

8 - Fatores econômicos como geradores de proteção social - A situação financeira estável resulta em melhores condições de habitação, alimentação, lazer e cuidados com a saúde. Neste processo de análise das categorias surgiram elementos presentes no passado e presente dos longevos, que contribuíram para o desenvolvimento de um modelo teórico: “Construindo a longevidade no curso de vida”. A longevidade tem suas raízes no passado, fortemente influenciada pela cultura familiar e curso de vida. Os pressupostos do Envelhecimento Ativo são mais expressivos na trajetória atual dos longevos, na qual se alternam determinantes e condicionantes do Envelhecimento Ativo, não existindo uma totalidade desses fatores presentes nas histórias individuais. As contribuições das histórias de vida remetem à construção e compreensão do processo de longevidade, conhecimento parcial, mas num amplo sentido, não só social, mas biológico, psicológico, econômico, político, cultural e espiritual. O conhecimento das histórias de vida apontou novas possibilidades de intervenção da Enfermagem Gerontológica na Atenção Primária, visando à promoção e prevenção da saúde, fundamentada especialmente no respeito à cultura, presente no curso de vida dos longevos.

Palavras-chaves: Idosos de 80 Anos ou Mais; Longevidade; História; Cultura; Enfermagem Geriátrica.

ABSTRACT

WILLIG, Mariluci Hautsch. **Life histories of the oldest-old people in a community: the link between past and present.** 2012. Thesis (Nursing Doctorate) - Nursing Postgraduation Program, Federal University of Parana, 2012. 158p.

Advisor: Prof. Maria Helena Lenardt, PhD

Line of Research: Health and Nursing Caring Process

This study objectified to interpret life histories of oldest-old users from a Primary Health Care Unit in Curitiba, Parana State/Brazil, grounded on the perspective of Active Aging and Life Course. A qualitative research study with a social, historical focus was held, approaching life histories of twenty oldest-old people. Data collection was carried out by means of narrative interviews at the participants' home. The interviews were recorded and transcribed with the participants' previous consent. The narratives were submitted to the steps of Fritz Schütze's analytical process (2010), a German sociologist: formal text analysis, structural content description, analytical abstraction, knowledge analysis, contrastive comparison (minimum and maximum comparison), and construction of a theoretical model on longevity. Twenty life histories were submitted to the first two steps of the analysis. Proceeding the analytical process, eight life histories, more pertinent to the study purposes, were selected. The analysis of life trajectories resulted in ten categories which presented similarities, and eight were considered dissimilar to the others. The categories featuring the minimum comparison were: **1 - Work supporting daily life** - family members' work was driven by their needs and demands; **2 - Large families and their implications** - the large number of children, the socioeconomic situation and the conditions of the production factors did not enable parents to send their kids to school; **3 - The patriarchal family and children's education** - family arrangements were ultimately father-centered, severity, children's fear and duties. **4 - Political conflicts witnessed in childhood - The silence culture** - accounts of parents' political participation as well as repercussions in their lives; **5 - The use of cultural healing practices as an alternative to health care** - more frequently used in childhood - teas, bottled infusions, and the figure of the healer, herbal medication maker, such practices have been perpetuated; **6 - Rural depopulation as an expectation to improve life** - it happened in participants' adulthood and features initial difficulties faced in the city; **7 - Losses and coping over lifetime** - these events represent moments of anguish, revolt, grief, traces were left, and after overcoming them, they reconstructed their lives and families. **8 - Religiosity and its representation in the oldest-elders' life trajectories** - a driving force in their lives, the attachment to religion means beliefs, traditions, values and ways of protection, they expressed their religiosity as unconditional truth; **9 - The current trajectory - a different representation from aging** - health care is viewed as priority, they try to eat healthy food and be active. Getting closer to children and grandchildren brings safety and favors mutual help; **10 - Future trajectory and life projects** - sound like

life continuity and expectations of what they can and long to do in a context of wishes, longings and love declarations to life. The dissimilar categories from the initial comparison were:

1 - Smoking - habit from adolescence - they understand that smoking hinders their quality of life, however one of the oldest-elder claims that cannot give up the habit; **2 - Lonely life - neighbors' friendship as the support network** - the lonely life manifested by an oldest-old woman is not viewed as a negative fact but her personal choice; **3 - New oldest-old marriage after spouses' death** - men married again when losing their wives, unlike women who remained widows; **4 - Unsafety generated by living in a hazardous area** - unsafety caused by the presence of drug dealers in the area features as a kind of violence for the oldest-old; **5 - Working after retirement viewed as a necessity** - to support the family with ill, dependent members, who spend higher financial resources on their health care; **6 - Poor health care** - regarding the delay in being referred to secondary health care as well as the scarcity of medication usually distributed by the Primary Health Care Unit; **7 - Precarious food due to inadequate nutrient intake** - Work distant from home does not enable the oldest-old people to have their meals at home, consequently food intake is poor and lacks nutrients; **8 - Economic factors generating social protection** - A stable financial situation brings about better conditions of housing, food, leisure and health care. In this process, elements from the oldest-old people's past and present emerged, which contributed to the development of a theoretical model: "Building longevity along the course of life." Longevity is rooted in the past, strongly influenced by family culture and course of life. The assumptions of Active Aging are more significant in the oldest-old participants' current trajectory where the determinants and the foundations of Active Aging have alternated, not existing a total amount of these factors in the individual narratives. The contributions of the life histories refer to the construction and understanding of the longevity process; partial knowledge, however, in a broader sense, not only social but also biological, psychological, economical, political, cultural and spiritual. The knowledge of life histories pointed to new interventional possibilities of Geriatric Nursing in Primary Health Care, aiming at health promotion and prevention, founded ultimately on the respect to the culture, present in the oldest-old people's course of life.

Key words: Elders of 80 years or older; Longevity; History; Culture; Geriatric Nursing.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

| | |
|--|-----|
| FIGURA 1 - DIAGRAMA DOS DOMÍNIOS DE SAÚDE DO IDOSO..... | 40 |
| QUADRO 1 - ANÁLISE FORMAL DO TEXTO DA NARRATIVA DO LONGEVO 1.. | 76 |
| FIGURA 2 - OS PILARES E DETERMINANTES DO ENVELHECIMENTO ATIVO | 41 |
| QUADRO 2 - DESCRIÇÃO ESTRUTURAL DO CONTEÚDO DA NARRATIVA DO LONGEVO 1 | 77 |
| FIGURA 3 - DISTRITO SANITÁRIO BOA VISTA..... | 52 |
| FIGURA 4 - DIAGRAMA REPRESENTATIVO DAS ETAPAS DA ANÁLISE DAS NARRATIVAS..... | 61 |
| FIGURA 5 - RECONSTRUÇÃO DA HISTÓRIA DE VIDA - LONGEVO 1 | 78 |
| FIGURA 6 - RECONSTRUÇÃO DA HISTÓRIA DE VIDA - LONGEVA 4..... | 79 |
| FIGURA 7 - RECONSTRUÇÃO DA HISTÓRIA DE VIDA - LONGEVA 8..... | 80 |
| FIGURA 8 - RECONSTRUÇÃO DA HISTÓRIA DE VIDA - LONGEVO 10 | 81 |
| FIGURA 9 - RECONSTRUÇÃO DA HISTÓRIA DE VIDA - LONGEVA 12..... | 82 |
| FIGURA 10 - RECONSTRUÇÃO DA HISTÓRIA DE VIDA - LONGEVA 17..... | 83 |
| FIGURA 11 - RECONSTRUÇÃO DA HISTÓRIA DE VIDA - LONGEVA 19..... | 84 |
| FIGURA 12 - RECONSTRUÇÃO DA HISTÓRIA DE VIDA - LONGEVO 20 | 85 |
| FIGURA 13 - MARCOS DO CURSO DE VIDA | 86 |
| FIGURA 14 - REPRESENTAÇÃO DO MODELO TEÓRICO..... | 108 |
| FIGURA 15 - EIXOS ESTRUTURANTES DAS AÇÕES DO ANO EUROPEU DO ENVELHECIMENTO ATIVO E SOLIDARIEDADE ENTRE AS GERAÇÕES | 117 |

LISTA DE SIGLAS

| | |
|---------|--|
| ABEn | - Associação Brasileira de Enfermagem |
| ACS | - Agentes Comunitários de Saúde |
| AEEASG | - Ano Europeu do Envelhecimento Ativo e da Solidariedade entre as Gerações |
| APACN | - Associação Paranaense de Apoio à Criança com Neoplasia |
| AVC | - Acidente Vascular Cerebral |
| AVD | - Atividades da Vida Diária |
| COHAPAR | - Companhia de Habitação do Paraná |
| CPDOC | - Centro de Pesquisa e Documentação de História Contemporânea do Brasil da Fundação Getúlio Vargas |
| DIEESE | - Departamento Intersindical de Estatística e Estudos Socioeconômicos |
| ESF | - Estratégia Saúde da Família |
| EI | - Estatuto do Idoso |
| FGV | - Fundação Getúlio Vargas |
| GMPI | - Grupo Multiprofissional de Pesquisa sobre Idosos |
| IBGE | - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística |
| INEPAC | - Instituto Estadual do Patrimônio Cultural do Rio de Janeiro |
| INSS | - Instituto Nacional de Seguro Social |
| IPPUC | - Instituto de Pesquisa e Planejamento Urbano de Curitiba |
| MEEM | - Miniexame do Estado Mental |
| MPAS | - Ministério da Previdência e Assistência Social |
| MS | - Ministério da Saúde |
| OCDE | - Organização para a Cooperação e o Desenvolvimento Econômico |
| OMS | - Organização Mundial da Saúde |
| ONU | - Organização das Nações Unidas |
| PIAE | - Plano Internacional sobre o Envelhecimento |
| PSD | - Partido Social Democrático |
| PTB | - Partido Trabalhista Brasileiro |
| PNI | - Política Nacional do Idoso |
| PNSPI | - Política Nacional da Saúde da Pessoa Idosa |
| PSF | - Programa de Saúde da Família |
| SESC | - Serviço Social do Comércio |
| SUS | - Sistema Único de Saúde |
| SBGG | - Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia |
| TCLE | - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido |
| UBS | - Unidade Básica de Saúde |
| UBSBA | - Unidade Básica de Saúde Bairro Alto |
| UDN | - União Democrática Nacional |
| UE | - União Européia |
| UFPR | - Universidade Federal do Paraná |
| UFSC | - Universidade Federal De Santa Catarina |
| WHO | - <i>World Health Organization</i> |

SUMÁRIO

| | |
|--|----|
| 1 INTRODUÇÃO | 14 |
| 2 REFERENCIAL TEMÁTICO | 21 |
| 2.1 O ENVELHECIMENTO HUMANO | 21 |
| 2.2 ENVELHECIMENTO POPULACIONAL, TRANSIÇÃO DEMOGRÁFICA, EPIDEMIOLOGICA E FAMILIAR | 24 |
| 2.3 OS SIGNIFICADOS E IMAGENS DA VELHICE | 26 |
| 2.4 AS POLÍTICAS PÚBLICAS DO IDOSO NO BRASIL | 29 |
| 3 REFERENCIAL TEÓRICO | 36 |
| 3.1 ENVELHECIMENTO ATIVO NA PERSPECTIVA TEÓRICA DO CURSO DE VIDA | 36 |
| 4 REFERENCIAL METODOLÓGICO | 47 |
| 4.1 AS HISTÓRIAS DE VIDA, AS NARRATIVAS E AS TRAJETÓRIAS | 48 |
| 4.2 A ENTREVISTA NARRATIVA AUTOBIOGRÁFICA DE FRITZ SCHÜTZE | 49 |
| 4.3 TRAJETÓRIA METODOLÓGICA | 51 |
| 4.3.1 Tipo de Estudo | 51 |
| 4.3.2 O Contexto da Investigação | 52 |
| 4.3.3 Aspectos Éticos | 55 |
| 4.3.4 Informantes da História | 56 |
| 4.3.5 Técnica de Obtenção das Informações | 57 |
| 4.3.6 Trabalho de Campo | 57 |
| 4.3.7 Registro e Organização das Informações | 58 |
| 4.3.8 Análise das Informações | 59 |
| 5 A SÍNTESE DAS HISTÓRIAS DE VIDA | 62 |
| 6 AS ETAPAS DE ANÁLISE DAS NARRATIVAS SEGUNDO FRITZ SCHÜTZE | 76 |
| 6.1 ANÁLISE FORMAL DO TEXTO - 1ª ETAPA | 76 |
| 6.2 DESCRIÇÃO ESTRUTURAL DO CONTEÚDO - 2ª ETAPA | 76 |
| 6.3 ABSTRAÇÃO ANALÍTICA - 3ª ETAPA | 77 |
| 6.4 MARCOS DO CURSO DE VIDA | 87 |
| 6.5 ANÁLISE DO CONHECIMENTO - COMPARAÇÃO CONTRASTIVA - 4ª/5ª ETAPAS | 87 |
| 6.5.1 Comparação Mínima - Semelhanças | 88 |

| | |
|--|-----|
| 6.5.2 Comparação Máxima - Diferenças | 100 |
| 6.6 A CONSTRUÇÃO DO MODELO TEÓRICO - 6ª ETAPA | 106 |
| 6.6.1 As Histórias de Vida e o Diálogo com os Pressupostos do Envelhecimento | |
| Ativo na Perspectiva Teórica de Curso de Vida | 110 |
| CONSIDERAÇÕES FINAIS | 119 |
| REFERÊNCIAS | 122 |
| APÊNDICES | 138 |
| ANEXOS | 154 |

1 INTRODUÇÃO

O envelhecimento humano tem motivado discussões e reflexões na busca de melhor compreensão sobre os condicionantes desse processo, em função das alterações do panorama populacional mundial e nacional. O alcance da longevidade, independente da presença de doenças, se tornou mais frequente na população e é determinado pela presença de idosos inseridos no mundo do trabalho, participando ativamente nos contextos comunitários e preocupados com sua qualidade de vida.

Para Veras (2009) o prolongamento do tempo de vida pode ser considerado como um ganho concreto, à medida que se agrega qualidade aos anos adicionais. Para que isso ocorra, as ações direcionadas aos idosos precisam enfatizar a capacidade funcional, a necessidade de autonomia, participação, cuidado e autossatisfação.

As ações também devem abrir campo para a possibilidade de atuação em variados contextos sociais, e de elaboração de novos significados para a vida na idade avançada. E incentivar, fundamentalmente, a prevenção, o cuidado e a atenção integral à saúde (VERAS, 2009, p. 549).

A população idosa é subdividida pela *World Health Organization* (WHO, 2004) em grupamentos etários: idoso jovem (*young-old*), quando se refere às pessoas com idade entre 60 a 69 anos; idoso velho (*old-old*), para os idosos entre 70-79 anos; e idoso mais velho (*oldest-old*), para os idosos com 80 anos ou mais. O segmento populacional de 80 anos ou mais pode ser denominado, ainda, como: mais idosos, muito idosos, idosos em velhice avançada e longevos² (BRASIL, 2006a, 2007).

Segundo a Organização Mundial da Saúde em 2005, o número total de octagenários era de 69 milhões, representando 1% de toda a população do planeta e 3% da população dos países desenvolvidos (OMS, 2005). O Brasil possui um contingente de 21 milhões de idosos e, destes, 14,25% com mais de oitenta anos. No estado do Paraná, estima-se que haja 145.599 longevos, e na cidade de Curitiba este segmento populacional perfaz 36.621 pessoas (IBGE, 2010).

² Neste estudo os termos sugeridos pela WHO (2004) e BRASIL (2006a, 2007) serão utilizados como sinônimos do termo longo.

De acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE (2008a), em um intervalo de 25 anos - 1980 a 2005, o crescimento total da população foi de 55,3%. Destaca-se, nesses números, a faixa de idade com mais de 80 anos, que mostra um crescimento de 246%. A proporção de idosos com 80 anos ou mais no Brasil é de 1,4% do total da população brasileira, sendo que estes representam uma proporção de 13,4% do grupo de idosos de 60 anos ou mais. Os dados do CENSO 2010 apontam no Brasil a existência de 24.236 idosos acima de 100 anos, sendo 7.247 homens e 16.989 mulheres. O Paraná destaca-se como o primeiro estado do sul do Brasil em número de centenários (727), (IBGE, 2010).

O envelhecimento dos mais idosos é descrito por Karlamangla *et al.* (2009) como a continuidade do processo fisiológico após os 80 anos, quando se acelera a velocidade de perda da capacidade funcional e cognitiva. Para Fries (2005), o limite do envelhecimento biológico para o ser humano é estimado em 85 anos. Esse fato pode ser observado em países como o Japão, Austrália, Suécia e Suíça que apresentam uma população com expectativa de vida até essa faixa etária (CAMARANO, KANSO; MELLO, 2004).

A perda da capacidade funcional e consequente prejuízo da autonomia e independência dos idosos mais idosos demandam cuidados, que oneram sobremaneira os serviços públicos e privados de saúde. A avaliação contínua da capacidade funcional do idoso e a identificação precoce dos fatores envolvidos no desencadeamento das incapacidades permitem protelar e recuperar os agravos, decorrentes do processo de envelhecimento.

Os idosos mais velhos estão frequentemente, no limite de sua capacidade funcional, o que acarreta restrições às intervenções da pesquisa e da política social. São necessários novos esforços para lidar com os desafios representados pela ampliação do número de longevos nas populações e pela crescente prevalência de fragilidade e de mortalidade psicológica (representada por perda de identidade, de autonomia psicológica e de senso de controle). A investigação sobre os mais idosos é um território novo e desafiador na pesquisa interdisciplinar (BALTES; SMITH, 2004).

Na literatura, contudo, evidenciam-se lacunas importantes na produção do conhecimento sobre idosos longevos. Em estudo realizado por Menezes e Lopes (2009), sobre as dissertações e teses produzidas no Brasil, no período de 1998 a 2008, apontou um total de apenas 21 estudos catalogados pelas bases de dados

relativos à temática idoso mais velho. Prevaleram os estudos em dissertações (71,4%) e as áreas que se destacaram foram: a de cardiologia (28%) e dos estudos multidisciplinares (24%), a enfermagem aparece em apenas 12% das produções. Estes dados demonstram que a enfermagem carece de maior visibilidade no segmento do idoso longo.

Segundo Knopoff, Santagostino e Zarebski (2004), a finalidade dos estudos que envolvem a longevidade é a visão desta, com saúde e bem-estar, haja vista que o envelhecimento precisa ser entendido como um processo evolutivo, e que pode ser permeado por adversidades. O idoso mais idoso, como qualquer pessoa em desenvolvimento, é frequentemente desafiado a conservar e a restaurar sua vida de forma significativa e produtiva. A passagem do tempo implica em déficits contínuos e cumulativos para os quais há o constante desafio de aprender novos conteúdos e de contrabalançar possíveis perdas, valorizando e reforçando aquilo que se mantém ou desenvolve.

Para os idosos mais velhos, segundo Christensen *et al.* (2010), a situação é pouco esclarecedora em relação à longevidade. Dados são escassos e há uma preocupação generalizada de que a longevidade avançada apresenta resultados severos tanto para os indivíduos como para as sociedades. Percebe-se que existem duas hipóteses, uma de que proporção crescente de indivíduos que sobrevivem a uma idade tardia terá um aumento nas doenças e nas incapacidades. E a segunda é que excepcionalmente haverá pessoas longevas sobrevivendo a maiores idades, acompanhados por adiamentos simultâneos de incapacidades físicas e cognitivas.

Torna-se notória a necessidade de estudos sobre todas as formas de alterações que acompanham o processo de envelhecimento dos idosos, e principalmente a respeito dos fatores que tornam possível acrescentar muitos anos à vida. Esses estudos, frequentemente são do tipo quantitativo, objetivo, e considerado fundamental para a construção do conhecimento gerontológico e geriátrico. No entanto, durante o processo investigativo não comportam a parte subjetiva, ou seja, não trazem a voz do sujeito que sofre todo esse processo de envelhecimento.

Os estudos qualitativos oferecem a oportunidade de se ouvir o sujeito que sofre o envelhecimento, o seu discurso do vivido e do enfrentado por ele, o que se considera parte significativa e complementar da estrutura da compreensão e interpretação da longevidade.

Desse modo, a proposta deste estudo envolve as histórias de vida dos idosos longevos vinculados a uma Unidade Básica de Saúde. A utilização das histórias de vida nas pesquisas na área de enfermagem oportuniza o exercício da escuta, e a criação do vínculo Enfermeiro e Longevo. Essas atitudes colaboram para que o indivíduo possa se expressar livremente a respeito do tema pesquisado - a longevidade. Para que isso aconteça se faz necessário demonstrar uma atitude de respeito e valorização pelas experiências de vida compartilhadas nas entrevistas. A narrativa é vista como fonte e estratégia capaz de produzir dados por meio da rememoração, que comporão a história individual e social da humanidade, num contexto passado e presente.

Para Matos (2004, p.13), rememorar uma história de vida na velhice sugere uma opção e reconstrução desenvolvida pelo indivíduo no presente, “delimitadas pelas matrizes sociais em que esteve implicado durante a vida”. A memória de cada sujeito é portadora de um conjunto de referências sociais: num dado presente o indivíduo concebe a sua nova condição, sua identidade de acordo com os fundamentos adquiridos e aprendidos no passado. Os períodos de lembrança mostram-se como elementos indispensáveis do processo em que identidade presente é atualizada pela recordação.

O significado da velhice e da experiência de envelhecer foi tema de pesquisa realizada com 48 longevos, residentes numa área rural no Ceará. As histórias de vida dos idosos revelaram que a velhice traz muitas perdas, principalmente quando acometidos de adoecimento, e por outro lado relatam também que são felizes pelas conquistas pessoais e materiais, além da família que conseguiram formar (FREITAS; QUEIROZ; SOUZA, 2010).

Em pesquisa realizada por Caldas e Berterö (2007) com o apoio do *Institute of Gerontology at Jönköping University* (Suécia) e Universidade Estadual do Rio de Janeiro, com o propósito de obter um conhecimento abrangente a respeito das experiências de vida de 16 pessoas com 85 anos ou mais, residentes na cidade do Rio de Janeiro, constataram que para os idosos mais idosos, a família e a religiosidade representam fonte de conforto, atenção, apoio e proteção. Os longevos procuram não depender totalmente dos familiares e querem ser úteis, além de manter a esperança no futuro incerto.

De modo semelhante, foi utilizada a entrevista narrativa com 18 idosos de 85 anos ou mais em uma cidade situada ao norte da Suécia. Os autores concluíram

que para tornar-se um idoso mais idoso é necessário possuir força interior, que significa um ir e vir numa vida trilhada passo a passo, orgulhosamente, com a mente aberta, sem medo do futuro, em paz consigo mesmo, em conexão com pessoas e situações que abarcam o passado e o presente (NYGREN; NORBERG; LUNDMAN, 2007).

Brandão (2005, p. 159) afirma que a narração das histórias, apresenta aspectos positivos na vida dos idosos:

ouvindo os velhos, dando-lhes a palavra, através do resgate e ressignificação de suas histórias, podemos fortalecer sua autoestima e sentido de pertencimento, ouvindo a voz do ser ainda desejante, senhor de sua vontade, mesmo considerando algumas perdas.

Schütze (2010, p. 210) afirma que é importante questionar-se pelas “estruturas processuais dos cursos de vida individuais”, partindo da hipótese que existem formas elementares, que em princípio podem ser encontradas em muitas histórias de vida. Além disso, existem “arranjos sistemáticos dessas estruturas processuais, que enquanto tipos de destinos pessoais possuem relevância social”.

As contribuições das histórias de vida remetem à construção e compreensão do processo de longevidade, conhecimento parcial, mas num amplo sentido, não só social, mas biológico, psicológico, econômico, político, cultural e espiritual, conhecimentos importantes e que podem ser verdadeiros, como orientações de cuidado para a longevidade.

O interesse pessoal pelas histórias de vida e longevidade se reporta especialmente à minha infância, quando me assentava ao lado de meu pai, e esse pacientemente contava as histórias de vida de meus ascendentes, suas trajetórias de trabalho e luta para conviver num país em guerra. Como cuidadora familiar de longevos dependentes (pai e mãe) durante uma década, eu vivenciei o sofrimento destes, e o cuidado realizado com o intuito de suavizar e dignificar a vida e a finitude daqueles que me eram queridos.

Conhecedora em parte de como se processa o cotidiano de idosos mais idosos dependentes, optei por direcionar meu estudo às histórias de vida, de longevos que apresentam autonomia e independência em sua trajetória atual, na busca por fatores que justifiquem o alcance da longevidade. Como também verificar se esses elementos estão relacionados com os pressupostos do Envelhecimento

Ativo na perspectiva do Curso de Vida, baseados na prevenção e promoção da saúde de todas as pessoas (OMS, 2002).

O Envelhecimento Ativo precisa estar vinculado às necessidades dos indivíduos e comunidades na perspectiva do curso de vida, não limitando essa expectativa a grupos de idades específicas e oferecendo oportunidades de suporte a todos. O mais importante conceito do curso de vida é de que a idade não é apenas um ponto cronológico, mas possui um significado sociológico e introduz uma compreensão subjetiva sobre a natureza temporal da vida (LEYS; DE RUOCK, 2005).

Para Bassit (2000, p. 218) o entendimento da perspectiva do curso de vida tem tramitado entre:

uma tendência que divide o estudo do desenvolvimento humano em estágios descontínuos para um firme reconhecimento de que qualquer ponto do curso de vida precisa ser analisado dinamicamente, como consequência das experiências passadas e das expectativas futuras, e de uma integração entre os limites do contexto social e cultural correspondente.

Entendo que os depoimentos dos idosos mais idosos contribuíram para a revelação de suas experiências passadas e uma visão abrangente da realidade que eles enfrentam no presente. Acredito que o conhecimento das histórias de vida dos longevos apontam novas possibilidades para a atuação da enfermagem gerontológica na atenção primária. Principalmente no planejamento de ações e intervenções no âmbito da promoção e prevenção à saúde, mais condizentes e coerentes com as expectativas e necessidades culturais e sociais deste contingente populacional.

Desse modo, para alicerçar esta pesquisa, emergiu a seguinte questão norteadora: **Quais os determinantes e condicionantes do envelhecimento ativo - saúde, participação e segurança, presentes nas histórias de vida dos idosos longevos que contribuem para a interpretação da longevidade?**

Os pilares do envelhecimento ativo: saúde, participação e segurança, utilizados nesse estudo, são os condicionantes que refletem a posição da Organização Mundial de Saúde – OMS (2002). Esses determinantes constituem uma decisão política dessa organização que os definiu como prioridades a serem trabalhadas em todo o contexto mundial.

O objetivo do trabalho foi: **Interpretar as histórias de vida dos idosos longevos usuários de uma Unidade Básica de Saúde em Curitiba - PR, alicerçada na perspectiva do Envelhecimento Ativo e Curso de Vida.**

A perspectiva do curso de vida abrange a interpretação dos processos no plano micro e macrosocial das pessoas e sociedades ao longo da vida, unindo o contexto individual e estrutural, aliando implicações históricas e da estrutura social aos significados sociais do envelhecimento, focado nas diferentes trajetórias de vida (SIQUEIRA, 2007).

A tese sustentada é de que: **Os determinantes, e os condicionantes do envelhecimento ativo presentes nas histórias de vida dos longevos, influenciam no alcance da longevidade, e retratam as mudanças e adaptações no estilo de vida pessoal, familiar e social, adotadas ao longo do curso de vida.**

Este trabalho organiza-se em seis capítulos: o primeiro compreende a introdução e sustentação ao tema da pesquisa. O Referencial Temático que tece considerações gerais a respeito do Envelhecimento Humano; Transição Demográfica, Epidemiológica e Familiar, os Significados e Imagens da Velhice e Políticas Públicas do Idoso no Brasil são apresentados no segundo capítulo. O terceiro segmento contempla o referencial teórico: Envelhecimento Ativo na Perspectiva Teórica do Curso de Vida, utilizado como subsídio para a interpretação da teorização a respeito da longevidade, construída pelos longevos participantes deste estudo. A fundamentação metodológica que norteou a coleta e análise das informações, bem como a trajetória metodológica é explicitada no quarto bloco. A identificação dos informantes - sínteses das histórias de vida são descritas no quinto capítulo. A análise das narrativas segundo o proposto por Schütze (2007b, 2010) são expostas no sexto capítulo. Nas considerações finais, procurei sintetizar os achados do estudo, e realizar algumas exposições reflexivas e integrativas acerca do trabalho desenvolvido.

Esta pesquisa está inserida na área de concentração “Prática Profissional de Enfermagem” e na linha de pesquisa “Processo de Cuidar em Saúde e Enfermagem”, cuja descrição é o processo de cuidar e ser cuidado do ser humano individual e coletivo nas dimensões objetivas e subjetivas, determinações, indicadores, expressões de saúde, condição e satisfação de vida (PROGRAMA DE PÓS - GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM - UFPR, 2012).

2 REFERENCIAL TEMÁTICO

Os temas a seguir versam a respeito do Envelhecimento Humano; Envelhecimento Populacional, Transição Demográfica, Epidemiológica e Familiar, os Significados e Imagens da Velhice e as Políticas Públicas do Idoso no Brasil.

2.1 O ENVELHECIMENTO HUMANO

O envelhecimento é visto como um processo multidimensional e multifatorial e seu conceito abrange não somente o aspecto biológico, fisiológico, como também o social, econômico, psicológico, ambiental, cultural e espiritual.

O tema do envelhecimento e da longevidade humana é algo que se reporta a mais longínqua história, na busca pela eterna juventude e vinculada à felicidade em sua plenitude, ou como preocupação constante dos seres humanos em todos os tempos. Despertando maior interesse na última década, devido, notadamente a sua difusão tanto em estância mundial, como na realidade brasileira, sendo objeto de investigação na comunidade acadêmica e na sociedade civil (ARAUJO; CARVALHO, 2005).

Existem diferentes teorias, que em seus constructos, procuram explicar o envelhecimento humano, contudo mais relevante que enumerá-las, é transmitir a ideia de que todas elas são transversais. Diante disto, ao se analisar o envelhecimento humano, os domínios que o envolve é de tal maneira abrangente e multidimensional, que se torna difícil encontrar uma definição ou teoria que englobe todos os aspectos deste fenômeno.

Isto significa que não se pode conceituar ou entender o processo do envelhecimento, baseado em um único fator, como a idade cronológica que é meramente normativa e auxilia a organização da sociedade (LOUREIRO, 2011).

A idade biológica é definida pelas transformações corporais e mentais que acontecem ao longo do processo de desenvolvimento, e caracterizam o processo de envelhecimento humano, que se inicia antes do nascimento do indivíduo, e permeia toda existência (SCHNEIDER; IRIGARAY, 2008). A idade biológica se relaciona com

o envelhecimento orgânico e sistêmico e que genericamente, traduz a evolutiva diminuição da autorregulação e adequação orgânica (FONTAINE, 2000).

Papaléo Netto *et al.* (2002) conceituam envelhecimento biológico como sendo as alterações que o organismo sofre com declínio de força, disposição e aparência. O envelhecimento considerado normal ou natural (senescência) apresenta alterações funcionais próprias do decorrer dos anos, contudo, não produz incapacidades ou comprometimentos. Já o envelhecimento patológico (senilidade) caracteriza-se por ser incapacitante, prejudicando a qualidade de vida dos idosos.

Para Moraes e Silva (2008, p. 21), o envelhecimento biológico ocorre de forma “dinâmica e irreversível, caracterizando-se pela maior vulnerabilidade às agressões do meio interno e externo, e, portanto, maior suscetibilidade nos níveis celulares, tecidual e órgãos/aparelhos e sistemas”.

Torna-se evidente, segundo Osório, (2007, p. 13) que o envelhecimento humano produz uma redução da capacidade funcional devido ao curso do tempo, “tal como todos os organismos vivos, mas essas limitações não podem impedir uma vida plena” por parte deste contingente populacional.

O envelhecimento fisiológico compreende uma série de modificações nas estruturas funcionais orgânicas e mentais próprias do processo de envelhecimento, que resultam no declínio gradual da capacidade de manutenção do equilíbrio homeostático e funções fisiológicas. Tais alterações apresentam como atributo principal à redução gradativa da reserva funcional. Um organismo envelhecido poderá viver bem, contudo quando submetido a situações de estresse físico, emocional, dentre outros, poderá apresentar dificuldades na manutenção da homeostase, e consequente sobrecarga funcional, que implicará no desencadeamento de processos patológicos, uma vez que ocorre o comprometimento dos sistemas endócrinos, nervoso e imunológico (FIRMINO, 2006; CANCELA 2008).

O envelhecimento do ponto de vista fisiológico depende significativamente do estilo de vida desenvolvido no decorrer do curso de vida, pois o organismo envelhece globalmente, contudo os órgãos, tecidos, células e estruturas subcelulares possuem envelhecimento diferenciado.

O envelhecimento psicológico se refere aos aspectos cognitivos e às emoções, que estão intrinsecamente ligadas com as questões sociais, e contexto sócioambiental em que os indivíduos estão inseridos (GATTO, 2002).

Neri (2005) afirma que o envelhecimento psicológico compreende dois sentidos. O primeiro se refere à relação existente entre a idade cronológica e às capacidades como: percepção, aprendizagem e memória. O segundo conceito inclui o senso de subjetividade de idade, de como cada indivíduo analisa a presença ou ausência de marcadores biológicos, sociais e psicológicos, em relação a outras pessoas que possuam a mesma idade.

A psicologia do envelhecimento em seus aspectos fundamentais salienta os estereótipos ou imagens erradas da velhice. O processo de envelhecimento é avaliado pelos efeitos negativos, sem levar em conta os conceitos de envelhecimento e velhice.

Envelhecimento social é considerado por Carvalho (2007), como a dimensão construída pela Sociedade, e está relacionada ao afastamento do idoso do mundo produtivo do trabalho. A velhice é vista como barreira para a participação em diferentes segmentos da vida social, a aposentadoria, a perda do papel como chefe de família, conduz o idoso ao isolamento, levando à depressão e consequentemente à morte.

Para Caldas e Veras (2007, p.3) a idade social é determinada pela:

atualidade da participação na sociedade. O envelhecimento social ocorre quando existe um desengajamento do indivíduo, que deixa de interagir socialmente. Ou seja, quando a sociedade oferece oportunidade para o engajamento e os indivíduos mantêm a capacidade de se adequarem ao desempenho de papéis sociais, o envelhecimento social pode até não ocorrer.

É importante avançar para uma análise das pessoas idosas enquanto fenômeno social percebido não só a partir dos gastos que pode causar (saúde, assistência, aposentadorias e pensões), como também a partir do problema da consideração do seu papel social. Deste modo, o objetivo não é uma concepção assistencialista, mas consentir que estes possam mesmo em idades mais avançadas demarcar seu papel na sociedade, com poder de decisão sobre seus direitos e deveres como cidadão (OSÓRIO, 2007).

Bronfenbrenner (2002) acrescenta ainda ao processo de envelhecimento, a idade ecológica, que se reporta para os settings e/ou ambientes no qual o envelhecimento acontece. A qualidade da interação do idoso numa instituição, no contexto familiar ou comunitário poderá torná-lo vulnerável ou fortalecido. A

perspectiva ecológica permite entender o desenvolvimento humano como “o conjunto de processos através dos quais as particularidades da pessoa e do ambiente interagem para produzir uma constante mudança nas suas características e no seu curso de vida” (Bronfenbrenner, 1989, p.191).

2.2 ENVELHECIMENTO POPULACIONAL, TRANSIÇÃO DEMOGRÁFICA, EPIDEMIOLOGICA E FAMILIAR

No Brasil como em toda a América Latina observa-se atualmente um fenômeno semelhante ao sucedido na Europa e que se diferenciam ao momento histórico em que ocorreram. Nos países europeus a transição demográfica iniciou com a Revolução Industrial, e se desenvolveu mais lentamente, ocorreu um desenvolvimento social significativo e consequente aumento de renda. Esses acontecimentos resultaram no aumento de expectativa de vida em decorrência da melhoria de condições sociais e de saneamento, bem como da utilização de antibióticos e vacinas. A transição demográfica nos países considerados em desenvolvimento na América Latina aconteceu por conta da urbanização sem alteração na distribuição de renda (NASRI, 2008).

No período compreendido entre os anos de 1940 e 1960, o Brasil presenciou um declínio acentuado da mortalidade, mantendo a fecundidade em níveis bastante significativos, o que gerou uma população jovem quase estável e com rápido crescimento. A partir da década de 1960 ocorreu o declínio da fecundidade principalmente nas classes mais favorecidas e regiões mais desenvolvidas desencadeando-se o processo de transição da estrutura etária (NASRI, 2008).

Carvalho (2007, p.18) afirma que além da redução da natalidade e da mortalidade como fatores que propiciaram o aumento populacional de idosos deve-se considerar também “as migrações e imigrações, que são fenômenos de mobilidade social, que transformam o perfil da sociedade, modificando a estrutura demográfica, tanto da sociedade de origem como da sociedade de destino”.

A população idosa está avançando em idade rapidamente, e o segmento que mais cresce é o de 85 anos ou mais. Esta faixa etária aumentou 37% entre 1980 e 1990, comparado com o crescimento da população de 60 a 84 anos. No século

XXI a estimativa é de se chegar a 24 milhões de pessoas com 60 anos ou mais até 2050. As características do envelhecimento dos longevos determinam a necessidade de cuidados de saúde, suporte econômico e físico, que sugerem um exame crítico das chances desta população, bem como o desenvolvimento de programas sociais associados ao envelhecimento (ROGERS, 2000).

A esperança de vida é também um dos fatores que contribuiu para a transição demográfica. Segundo Osório (2007), no contexto mundial, em relação à esperança de vida, a Espanha seguida pela França e Itália (82,4) e Suécia (82,1), representam países com maior longevidade, só suplantados pelas expectativas japonesas (84,3 anos em média).

Enquanto a população brasileira apresentou no período de 1997 a 2007, um crescimento relativo da ordem de 21,6%, para a faixa etária de 60 anos, este crescimento foi de 47,8%, chegando a 65% no grupo de idosos de 80 anos ou mais (IBGE, 2008b). Segundo as estimativas do IBGE (2010), no Brasil, a população de idosos acima ou igual a 60 anos está em torno de 17 milhões de pessoas e para o ano 2020 este segmento será de 15% a mais de indivíduos. E neste contingente, 12,8% possuem idade igual ou superior a 80 anos.

Na projeção do IBGE, a população de idosos acima de 80 anos crescerá 8,8% ao ano, por duas décadas. A proporção destes idosos correspondia a 1.586.958 no ano de 2000, em 2008 este número representava 2.410.106, em 2010 2.935.585 e para 2050 a projeção será de 13.748.708. Estima-se que em 2020 haverá 1,93% e em 2050 atingirá 6,39% de idosos longevos, e os idosos em geral, representarão um quinto da população, ou seja, 19% (IBGE, 2008b, 2010).

O aumento significativo da população idosa em todo o mundo, em decorrência das transformações demográficas e epidemiológicas, retrata uma realidade que demanda ações e soluções por parte das políticas sociais e de saúde para que proporcionem aos idosos e suas famílias qualidade de vida e suporte no atendimento às doenças associadas ao processo de envelhecimento. Neste contexto deixam de predominar as doenças infecciosas e parasitárias e prevalecem as doenças crônicas degenerativas consideradas as principais causas de mortalidade e morbidade deste segmento populacional. Muitos idosos vivem incapacitados para desenvolverem as Atividades da Vida Diária, devido ao acometimento de doenças crônicas degenerativas.

A preocupação com a efetivação de políticas de atenção ao idoso nos países desenvolvidos ocorreu de forma gradativa, acompanhando o aumento desta população, em contrapartida nos países em desenvolvimento a transição demográfica ocorreu de forma acelerada e os governos não foram capazes de antever políticas e estratégias voltadas à atenção do idoso, mostraram-se despreparados para o enfrentamento das questões que esta demanda acarretou.

No Brasil, o desafio para o século XXI é “cuidar de uma população de mais de 32 milhões de idosos, a maioria com nível socioeconômico e educacional baixos e uma alta prevalência de doenças crônicas e incapacitantes” (RAMOS, 2003, p.797). Para atender de forma adequada ao idoso, considerando a dimensão e severidade dos seus problemas funcionais, é imprescindível que as políticas sociais atendam as reais necessidades dessa população e que proporcionem o viver e envelhecer com qualidade (MARTINS *et al.*, 2007).

Além das transformações demográficas e epidemiológicas, observa-se igualmente a mudança nos arranjos familiares. Manfrini e Boehs (2004, p. 50) afirmam que a composição das famílias tem-se modificado em relação ao número de seus integrantes. “Há uma redução das famílias extensas e um maior número de famílias nucleares”. A prevalência das famílias nucleares associa-se com “a redução no número de filhos entre os casais contemporâneos, refletindo a configuração familiar da atualidade”. Salienta-se que existem outros tipos de conformação familiar, mas a nuclear é tida como o formato ideal de família.

2.3 OS SIGNIFICADOS E IMAGENS DA VELHICE

Em tribos primitivas, os anciãos eram considerados os guardiões da tradição, não só porque eles as receberam mais cedo do que outros, mas também provavelmente porque utilizavam o tempo livre para ajustar os pormenores no curso de narrativas com outros velhos e para a educação de jovens. A sociedade respeitava o velho por ter vivido muito tempo, possuir muita experiência e memórias

para compartilhar. Halbwachs³ (1952, p. 81) se indagava: “Como, então, os homens mais velhos não se interessarem pelo passado, o tesouro comum de que são feitas as partes essenciais da vida e que lhes dá ocupação, que lhes dá prestígio, a única que eles podem agora reclamar”?

O velho em seus devaneios volta aos seus primeiros dias, parece um homem que sonha, porque não há realmente um contraste entre a vida, suas preocupações habituais e imagens passadas, relacionadas às atividades de hoje. Nem um nem outro, nenhum sonho, mas esse tipo de devaneio, que, em adultos, é uma distração, torna-se, para o velho, uma ocupação real (HALBWACHS, 1952).

O filósofo Walter Benjamin (2011, p. 114) afirma que se sabia exatamente o significado da experiência dos mais velhos, ela sempre fora comunicada aos jovens. De forma concisa, com a autoridade da velhice, em provérbios; de forma prolixa, com a sua loquacidade, em histórias; muitas vezes como narrativas de países longínquos, diante da lareira, contadas a pais e netos. O autor questiona “Que foi feito de tudo isso? Quem encontra ainda pessoas que saibam contar histórias como elas devem ser contadas? Que moribundos dizem hoje palavras tão duráveis que possam ser transmitidas de geração em geração”?

Para Wright - St Clair (2008) o envelhecimento é parte da vida. Sua ocorrência normal significa que todos nós existimos e vivemos para envelhecer, faz parte do curso da vida. Como algo incessante, está presente na finitude humana.

Pensadores como Norberto Bobbio e Edgar Morin, expressam significados de completude ao conceituar sua própria velhice. O filósofo e jurista italiano Bobbio (1997, p. 28), já octogenário ao escrever sua autobiografia considera-se um homem do passado, e que da vida fica apenas um leve traço na memória. Assevera que a velhice “não é uma cisão em relação à vida precedente, mas é na verdade, uma continuação da adolescência, da juventude e da maturidade”.

Edgar Morin (2000, p. 256) afirma que o ser humano se transforma somaticamente ao longo de sua vida, mas interiormente se mantém o mesmo:

é agora quando se misturam envelhecimento e rejuvenescimento, que sinto em mim todas as idades da vida. Sou permanentemente a sede dialógica entre infância/adolescência/maturidade/velhice. Evoluí, variei sempre segundo essa dialógica. Em mim unem-se, mas também se opõem os segredos da maturidade e os da adolescência.

³ Maurice Halbwach, sociólogo francês, sua obra mais célebre é o estudo do conceito de memória coletiva, que ele criou, entendia que história seria uma memória que tem continuidade entre a sociedade que lê esta história e entre os autores de outrora (SILVA, 2009).

O idoso foi perdendo sua função com o passar do tempo, estigmatizado como indivíduo improdutivo, que não possui condições de se manter financeiramente, justificado no fato de não ter mais capacidade para atuar no contexto do trabalho, com isso perdeu também seu status social.

A aposentadoria representa para o idoso uma transição social, que se associa a perdas de ordem física, intelectual e social, como também na relação deste com a família. Neri (1991, p.96) entende que a aposentadoria pode gerar “uma grave crise existencial frequentemente agravada e muito por uma situação familiar complexa e não preparada para receber em tempo integral, aquele membro outrora profissionalmente ativo”.

A abordagem dada aos velhos, pelas crianças e jovens também mudou, alguns ainda são educados para respeitá-los e amá-los pela experiência que representam. Beauvoir⁴ (1990) relata que existe uma relação de ajuda e colaboração quando os (as) avós (avós) tomam conta dos netos para que os pais possam trabalhar, ou também quando auxiliam na manutenção financeira da estrutura familiar.

Atualmente, alguns idosos são considerados causadores de conflitos intergeracionais. Papaléo Netto *et al.* (2005, p.10) asseveram que mesmo reconhecendo o papel agressivo da coletividade atual para com os (as) velhos (as), não é possível ignorar que estes:

têm uma parcela ponderável de responsabilidade por esta situação. É conhecido o fato da dificuldade de adaptação do (a) velho (a) ao meio que vive gerando conflitos particularmente com as gerações mais jovens. Não se pode, sob pena de se cometer injustiça, afirmar que a rejeição é unilateral, ou seja, da sociedade, ou mais especificamente dos jovens em relação ao (à) velho (a).

Pelzer e Sandri (2002, 119) destacam as potencialidades do idoso, quando afirmam que este é um ser que se modifica, podendo ainda aprender, amar, empreender, trabalhar, criar, em suma viver. Esquecemos que o conjunto dos afetos construídos pelo convívio social, o vínculo constituído entre as pessoas, não se deteriora com o passar dos anos: “cada um de nós tem a aspiração de amar e ser

⁴ Simone Ernestine Lucie Marie Bertrand de Beauvoir, conhecida como Simone de Beauvoir, escritora francesa, intelectual, filósofa existencialista, ativista política, feminista, e teórica social. Nasceu em nove de janeiro de 1908 e faleceu em quatorze de abril de 1986 (BERGOTTEN, 2010).

amado, ser útil e independente, e sentir o significado profundo que apresenta a sua existência ao longo do curso de vida”.

Os conceitos de velhice refletem um arcabouço social e temporal que emana do interior de uma coletividade com valores e princípios próprios que são entrelaçados por questões multifacetadas, multidirecionadas e contraditórias. No século XXI, depara-se com um paradoxo, pois, ao mesmo tempo em que a sociedade potencializa a longevidade, ela nega ao velho seu valor e sua importância social. Este é considerado ultrapassado, descartado e fora de moda. A sociedade atual é altamente consumista, e nesta, somente o novo, o belo, pode ser valorizado, caso contrário, não existe produção e acumulação de riquezas (SCHNEIDER; IRIGARAY, 2008).

A imagem negativa da velhice, carregada de estigmas, se faz presente na sociedade contemporânea. Deve-se avançar no conceito de velhice, na mudança de modelo, ir para além de sua associação com doenças, incapacidades e improdutividade. Reconhecer o processo de envelhecimento como parte do curso de vida, que permita ao idoso envelhecer com qualidade de vida, com respeito às suas limitações, e participante da sociedade, um cidadão consciente de seus direitos e deveres.

2.4 AS POLÍTICAS PÚBLICAS DO IDOSO NO BRASIL

A inclusão dos temas pertinentes ao envelhecimento populacional nas políticas brasileiras ocorreu pela força e influência da sociedade civil, na qual se destacava a criação da Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia (SBGG) em 1961, uma de suas metas foi “estimular iniciativas e obras sociais de amparo à velhice e cooperar com outras organizações interessadas em atividades educacionais, assistenciais e de pesquisas relacionadas com Geriatria e Gerontologia” (CAMARRANO; PASINATO, 2004, p. 264).

Os grupos de convivência organizados pelo Serviço Social do Comércio - SESC em 1963 foi outra iniciativa, cuja preocupação inicial com o desamparo e a solidão dos aposentados deflagrou uma política dirigida ao idoso. Neste contexto havia apenas as instituições asilares e o asilamento constituía a única política

direcionada para este segmento populacional e as questões sociais eram tratadas por meio de ações assistencialistas (RAMOS, 2003).

A prestação de assistência ao idoso no Brasil se inicia com a criação em 1975 do Ministério da Previdência e Assistência Social - MPAS, que referencia as questões direcionadas à saúde, à renda, e prevenção do asilamento. Em 1976 é instituído o primeiro documento: “Diretrizes para uma Política Nacional para a Terceira idade”, que continham normas para uma política social para a população idosa, isto foi resultado das conclusões de três seminários regionais realizados em colaboração com o SESC regional S. Paulo (BERALDO; CARVALHO, 2009).

No cenário internacional ocorreu em 12 de setembro de 1978 a Conferência Internacional sobre Cuidados Primários, os resultados das discussões culminou com a Declaração de Alma - Ata, com enfoque na “Saúde para todos no ano 2000”. Nesta Conferência foi discutida a necessidade de todos os setores da saúde, governos, comunidade mundial em promover saúde de todos os povos do mundo. A Declaração de Alma - Ata foi o marco conceitual para as discussões e a mobilização dos setores de saúde de diversos países em busca dos meios para a Promoção da Saúde para todos (OMS, 1978).

A década de 1980 no Brasil foi marcada pela inoperância das ações governamentais e pela organização dos idosos em associações. Para sensibilizar os governos sobre o tema velhice, a comunidade científica realizou vários seminários e congressos, e foram desenvolvidos os primeiros estudos gerontológicos (CARVALHO, 2007).

As políticas direcionadas à população idosa centradas nos idosos dependentes e vulneráveis começam a mudar por influência externa, após a realização da I Assembleia Mundial sobre Envelhecimento, realizada em Viena (1982), que propõe a adoção do conceito de envelhecimento saudável. Este conceito foi incorporado à Constituição Federal do Brasil em 1988 (OMS, 1982; BRASIL, 1988).

O direito universal e integral à saúde foi conquistado pela sociedade na Constituição de 1988 e reafirmado com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), por meio da Lei Orgânica da Saúde nº 8.080/90. Concomitante à regulamentação do SUS, o Brasil se organiza para responder às crescentes demandas de sua população que envelhece (BRASIL, 1988, 1990).

A incorporação do conceito de envelhecimento saudável na Carta Magna Brasileira (1988) representa um grande avanço, contudo, a Constituição transfere à família o papel de oferecer atenção e cuidados aos idosos: reconfigura-se a desinstitucionalização do cuidado e seu retorno para o contexto doméstico. “A família é percebida como a cuidadora ideal, embora na realidade concreta ainda permaneça desassistida, tendo que assumir sozinha uma responsabilidade para a qual não está preparada” (LENARDT *et al.*, 2010, p. 302).

Na década de 1990 foi construída a Lei Orgânica de Assistência Social - Lei nº 8.742, de 07 de dezembro de 1993, e no artigo 2º inciso I, assegura “a proteção à família, à maternidade, à infância, à adolescência e à velhice” e no inciso V, concede a “garantia de um salário mínimo de benefício mensal, à pessoa portadora de deficiência e ao idoso que comprove não possuir meios de prover a própria manutenção ou de tê-la provida por sua família” (BRASIL, 1993).

Com o objetivo de reorganizar a prática assistencial foi criado em 1994, pelo Ministério da Saúde, o Programa de Saúde da Família (PSF), tornando-se a estratégia setorial de reordenação do modelo de atenção à saúde, como eixo estruturante para reorganização da prática assistencial, imprimindo nova dinâmica nos serviços de saúde e estabelecendo uma relação de vínculo com a comunidade, humanizando esta prática direcionada à vigilância na saúde, na perspectiva da intersetorialidade. Em 2006 denomina-se não mais programa e sim Estratégia Saúde da Família (ESF), ação prioritária do Ministério da Saúde para organizar a Atenção Básica (BRASIL, 2006b).

A Política Nacional do Idoso - PNI promulgada em 1994 e regulamentada em 1996 assegura direitos sociais à pessoa idosa, criando condições para promover sua autonomia, integração e participação efetiva na sociedade e reafirmando o direito à saúde nos diversos níveis de atendimento do SUS. Tem como objetivo a criação de condições favoráveis para alcançar a longevidade com qualidade de vida (BRASIL, 1996a).

A articulação entre o Governo (Ministério da Saúde), Estados (Secretarias Estaduais de Saúde) e Municípios (Secretarias Municipais de Saúde) é essencial para a efetivação das diretrizes e objetivos da Política Nacional do Idoso, de maneira a readequar planos, programas, projetos e atividades do setor de saúde, que modo direto ou indireto, se relaciona com o seu objeto (MARTINS *et al.*, 2007).

A I Jornada Brasileira de Enfermagem Geriátrica e Gerontológica realizada na cidade de Florianópolis, de 28 a 30 de março de 1996, com o foco na concepção do cuidado e da especificidade da enfermagem geriátrica e gerontológica, demarcou o movimento das enfermeiras em prol da disseminação de conhecimentos para o cuidado específico aos idosos (KLETEMBERG, 2010). A partir desse encontro, ocorrem jornadas de dois em dois anos.

A cidade do Rio de Janeiro sediou de 14 a 16 de abril de 2010, a VIII Jornada Brasileira de Enfermagem Geriátrica e Gerontológica, cujo tema central foi: “Desafios para a enfermagem em relação à atenção integral ao idoso”. Nesse evento ocorreu uma reunião envolvendo as lideranças nacionais na qual foi apresentado o Regimento Interno do Departamento Científico de Enfermagem Gerontológica, como Departamento da Associação Brasileira de Enfermagem – ABEn (KLETEMBERG, 2010, p. 63).

Em 1999 é anunciada a Política Nacional da Saúde da Pessoa Idosa - PNSPI, regulamentada somente em 2006. Essa política assume que o principal problema que pode afetar o idoso é a perda de sua capacidade funcional, isto é, a perda das habilidades físicas e mentais necessárias para realização de atividades básicas e instrumentais da vida diária (BRASIL, 1999).

O Estatuto do Idoso (EI) aprovado em 2003, destinado a regular os direitos dos idosos, incorpora num único dispositivo, leis e políticas anteriormente aprovadas e novas questões como a internação domiciliar e a proteção do idoso em situação de risco social, amplia a resposta do Estado e da sociedade às necessidades da população idosa (BRASIL, 2003).

A proposta do Estatuto do Idoso reafirma novamente a necessidade da capacitação de profissionais na área da saúde qualificados para o atendimento ao idoso e também referenda o direito e acesso deste à educação, com a criação de cursos especiais e espaços próprios (BRASIL, 2003), percebe-se que são limitadas as iniciativas destinadas ao cumprimento desta política (WILLIG; LENARDT, MÉYER, 2012).

Os preceitos contidos no Estatuto do Idoso são repercussões do Plano de Ação proposto na II Assembleia Mundial sobre o Envelhecimento, celebrada em Madri em 2002 que tem como prioridades: “idosos e desenvolvimento, promoção da saúde e bem estar na velhice e criação de um ambiente propício e favorável” (OMS, 2002, p. 19).

A vigência do Estatuto do Idoso e seu uso como instrumento para a conquista de direitos dos idosos, a ampliação da Estratégia Saúde da Família que revela a presença de idosos e famílias frágeis e em situação de grande vulnerabilidade social e a inserção ainda incipiente das Redes Estaduais de Assistência à Saúde do Idoso tornaram imperiosa a readequação da Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (BRASIL, 2006a, p. 2).

Em 2006, por influência das decisões tomadas na V Conferência Internacional sobre a Promoção da Saúde – México, 2000, os gestores do SUS assumem o compromisso do PACTO PELA SAÚDE, o qual tem como componente o Pacto pela Vida, que inclui como prioridade a saúde do idoso na busca da atenção integral e integrada, promoção do envelhecimento ativo e saudável, implantação de serviços de atenção domiciliar e implantação da Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa - PNSPI (OMS, 2000; BRASIL, 2006a, 2006c).

A PNSPI anunciada em 1999 foi readequada e regulamentada em 19 de outubro de 2006, por meio da Portaria nº 2528, apresenta como questão central “recuperar, manter e promover a autonomia e a independência dos indivíduos idosos, direcionando medidas coletivas e individuais de saúde para esse fim, em consonância com os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde”. O foco dessa política é todo cidadão brasileiro com 60 anos ou mais (BRASIL, 2006a, p. 2).

A PNSPI se compromete especialmente com as ações do governo na promoção de políticas sociais básicas de atendimento à população idosa. Aponta a responsabilidade de cada setor no desenvolvimento de planos, projetos, programas e propostas orçamentárias para que suas deliberações se concretizem (BRASIL, 2006a).

Os principais avanços da PNSPI regulamentada em 2006 consistem na incorporação do conceito de envelhecimento ativo, preconizado pela Organização Mundial da Saúde (2002), na desmistificação da velhice, na valorização da participação dos idosos na vida social e intergeracional. Os custos das hospitalizações e tratamentos prolongados são menos vistos como problemas, e sim um investimento na velhice. A PNSPI transfere aos gestores do SUS, nas três esferas de governo a responsabilidade da definição dos recursos orçamentários e financeiros para a operacionalização desta Política (BRASIL, 2006a).

Segundo a PNSPI (Brasil, 2006a, p. 9):

a prática de cuidados às pessoas idosas exige abordagem global, interdisciplinar e multidimensional, que leve em conta a grande interação entre os fatores físicos, psicológicos e sociais que influenciam a saúde dos idosos e a importância do ambiente no qual está inserido. A abordagem também precisa ser flexível e adaptável às necessidades de uma clientela específica.

Na Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (BRASIL, 2006a) são reafirmadas as questões relativas à educação já referenciada na Política Nacional do Idoso (BRASIL, 1996a, p.3), que estabelece as competências do Ministério da Educação e do Desporto, em articulação com órgãos federais, estaduais e municipais de educação, como “o incentivo à inclusão nos programas educacionais de conteúdos sobre o processo de envelhecimento; e de disciplinas de Gerontologia e Geriatria nos currículos dos cursos superiores”.

O conhecimento a respeito do processo de envelhecimento não se faz presente na maioria dos currículos dos cursos de graduação na área da saúde. Ainda hoje muitas instituições de ensino desconsideram as disciplinas que proporcionam os devidos conhecimentos gerontogeriátricos; a situação é a mesma daquela verificada em 1996. (WILLIG; LENARDT, MÉYER, 2012) Isso inviabiliza uma abordagem interdisciplinar e multidimensional preconizada pela Política Nacional da Saúde da Pessoa Idosa (BRASIL, 2006a).

“Os profissionais que cuidam de idosos precisam estar presentes como pessoas capazes de saber e fazer o cuidado específico ao idoso. Do contrário, a capacidade para compreender, responder e se relacionar torna-se limitada” (LENARDT *et al.*, 2006, p. 118).

Associada à necessidade de inserção da disciplina de Geriatria e Gerontologia nas grades curriculares, é preciso construir uma cultura de cuidados aos idosos de alcance nacional de modo que a acessibilidade, o acolhimento, o cuidado integral, e o direito à saúde desta faixa etária ocorram de fato (WILLIG; LENARDT, MÉYER, 2012).

Toda a estruturação/elaboração/lançamento de uma política demanda o acompanhamento do processo de implementação por parte dos gestores dessas políticas. Essa etapa requer estratégias e instrumentos de avaliação bastante sensíveis e fidedignos, que busquem apontar dificuldades concretas na execução e providências a deliberar. Pode-se afirmar que as Políticas Públicas referentes à

pessoa idosa são inovadoras, embora incipientes nos implementos que permitem levá-las à prática por meio de providências concretas.

A legislação brasileira direcionada aos cuidados da população idosa se mostra bem estruturada, pois foi construída por profissionais com expertise na temática, dentre esses vários enfermeiros que contribuíram com seus conhecimentos específicos desta área. Em sua configuração condizem com o proposto pelas políticas internacionais notadamente sobre o conceito de envelhecimento saudável e ativo e suas demandas. No entanto, constata-se certo atraso na sua elaboração, pois foi preciso órgãos/eventos/encontros internacionais incitarem os governos para alertarem da importância da criação e regulamentação das mesmas (WILLIG; LENARDT, MÉYER, 2012).

3 REFERENCIAL TEÓRICO

A temática do Envelhecimento Ativo na Perspectiva Teórica do Curso de Vida foi utilizada como subsídio para a interpretação da teorização a respeito da longevidade, construída pelos informantes deste estudo.

3.1 ENVELHECIMENTO ATIVO NA PERSPECTIVA TEÓRICA DO CURSO DE VIDA

O conceito de saúde foi redefinido pela Organização Mundial da Saúde, no ano de 1946, como: “estado de completo bem-estar físico, psíquico e social e não meramente ausência de doença ou enfermidade” (OMS, 1946). Isto representa uma mudança significativa, pois o indivíduo independentemente da presença ou não de doenças, pode desenvolver um envelhecimento ativo e saudável. Deste modo, o idoso com uma ou mais patologias pode ser considerado saudável, se comparado a outro com as mesmas enfermidades, que não consegue manter o controle adequado delas, resultando em sequelas e incapacidades (RAMOS, 2003).

Lima *et al.* (2008), entendem que o processo de envelhecimento bem-sucedido e socialmente engajado implica na interação de múltiplos fatores, dentre outros a saúde física e mental, independência de vida diária, integração social, suporte familiar e independência financeira.

A velhice e o envelhecimento são processos heterogêneos, e se modificam de acordo com:

os tempos históricos, as culturas e sub-culturas, as classes sociais, as histórias de vida pessoais, as condições educacionais, os estilos de vida, os gêneros, as profissões e as etnias, dentre outros elementos que conformam as trajetórias de vida dos indivíduos e grupos. O modo de envelhecer depende de como **o curso de vida** de cada pessoa, grupo etário ou geração é estruturado pela influência constante e interativa de suas circunstâncias histórico-culturais, da incidência de diferentes patologias durante o processo de desenvolvimento e envelhecimento, de fatores genéticos e do ambiente ecológico (NERI; CACHIONI, 1999, p. 120).

Curso de vida constitui uma das perspectivas da Teoria Sociológica do Envelhecimento, considerada como de terceira geração e permite a análise de

processos nos níveis micro e macrosociais de indivíduos e populações ao longo do tempo. Siqueira (2001, p. 97) entende que as proposições fundamentais da perspectiva teórica do curso de vida compreendem que o envelhecimento “é analisado do nascimento para a morte, o que a distingue das perspectivas que focalizam exclusivamente a velhice”, o processo de envelhecimento é visto em diferentes aspectos “social, psicológico e biológico” e as experiências do envelhecimento são determinadas por “fatores coorte-históricas”.

Segundo Teixeira e Neri (2008, p. 94) envelhecer bem é:

uma questão pragmática de valores particulares que permeiam **o curso da vida**, incluindo as condições próximas da morte. A implementação de programas que elevam o nível de qualidade de vida dos idosos pode prescindir, temporariamente, da definição uniforme desse fenômeno. O objetivo de muitos idosos e profissionais tem sido a promoção de saúde e bem-estar nessa fase da vida, seja referindo-se ao envelhecimento saudável, produtivo, ativo ou bem-sucedido.

Para discorrer a respeito do Envelhecimento Ativo e promoção de saúde se faz necessário rever os movimentos que discutiram inicialmente a questão da promoção da saúde:

a promoção da saúde tem suas raízes com o processo da Reforma Sanitária Brasileira desde 1986, quando foi realizada a 8ª Conferência Nacional de Saúde e a I Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, em Ottawa, no Canadá⁵.

As reflexões e discussões realizadas nessa conferência resultaram na “Carta de Ottawa”. Este documento traçou as Estratégias Básicas para a Promoção da Saúde, que em síntese são: advogar para que os fatores determinantes e os ambientes da saúde sejam favoráveis; proporcionar igualdade de oportunidades e de recursos no controle dos fatores determinantes da saúde, e a mediação dos diferentes interesses na comunidade (WHO, 1986).

O documento estabeleceu também as Áreas de Ação Prioritárias para a Promoção da Saúde: a formulação de políticas públicas saudáveis, a criação de ambientes que apoiem a saúde, o fortalecimento das ações comunitárias direcionadas para a saúde, o desenvolvimento das habilidades pessoais, e a

⁵ Anais: I Simpósio Catarinense de Promoção da Saúde - Diálogo com as Estratégias da Carta de Ottawa - página de apresentação (UFSC, 2012, p.5).

reorientação dos serviços de saúde (WHO, 1986). As conferências se sucederam sempre avançando nas questões da Promoção de Saúde para todos.

A Política de Promoção da Saúde no Brasil só foi aprovada em 30 de março de 2006, por meio da Portaria nº 687 do Ministério da Saúde, com o objetivo geral de:

promover a qualidade de vida, reduzir vulnerabilidades e riscos à saúde, relacionados aos seus determinantes e condicionantes e modos de viver, condições de trabalho, habitação, ambiente, educação, lazer, cultura, acesso a bens e serviços essenciais (BRASIL, 2006d).

Com a finalidade de buscar estratégias para um envelhecimento saudável os representantes dos governos, em estância mundial, promoveram a II Assembleia Mundial sobre o Envelhecimento, realizada em Madri em 2002. Deste evento resultou o Plano de Ação Internacional sobre o Envelhecimento - PIAE, que tem como objetivo “responder às oportunidades que oferece e aos desafios feitos pelo envelhecimento da população no século XXI e para promover o desenvolvimento de uma sociedade para todas as idades” (OMS, 2002, p. 19).

O Plano de Ação apresenta como prioridades: idosos e desenvolvimento, promoção da saúde e bem estar na velhice e criação de um ambiente propício e favorável. Discute a necessidade de mudanças das atitudes, das Políticas e das Práticas em todos os níveis e em todos os setores para que consigam alcançar as metas propostas na II Assembleia Mundial sobre o Envelhecimento (OMS, 2002, p.19).

A promoção da Saúde, segundo as propostas da II Assembleia Mundial sobre o Envelhecimento, está entre as prioridades do Plano de Ação e é discutida sob a ótica de que:

as atividades de Promoção da Saúde e o acesso universal de idosos aos serviços de saúde durante toda a vida são as bases do envelhecimento com saúde. Uma perspectiva que leve em conta uma vida inteira supõe reconhecer que as atividades destinadas à Promoção da Saúde e a prevenção das doenças devem concentrar-se em manter a independência, prevenir e retardar o aparecimento de doenças e proporcionar assistência médica e melhorar o funcionamento e a qualidade de vida de idosos que sofrem de incapacidades (OMS, 2002, p. 52).

Com o intuito de mobilizar a sociedade para a relevância da Promoção da Saúde da população idosa, a Organização Mundial da Saúde produziu e disponibilizou o documento informativo “Envelhecimento Ativo: uma Política de

saúde” este documento emergiu da II Assembleia Mundial das Nações Unidas sobre o Envelhecimento. A partir desse evento ocorreu a mudança do modelo de envelhecimento saudável para envelhecimento ativo. O termo “ativo” refere-se à participação contínua nas questões sociais, econômicas, culturais, espirituais e civis, e não somente à capacidade de estar fisicamente ativo ou de fazer parte da força de trabalho (OMS, 2005, p.103).

O termo envelhecimento ativo na perspectiva teórica do curso de vida, tornou-se a palavra-chave de uma política de desenvolvimento nacional e internacional de envelhecimento. O rápido avanço do envelhecimento na população mundial demandou urgência de organismos internacionais como a Organização das Nações Unidas (ONU), a Organização Mundial da Saúde (OMS), a Organização para a Cooperação e o Desenvolvimento Econômico (OCDE) e da União Européia (UE), para assumir a liderança na negociação dos iminentes desafios sociais. Envelhecimento Ativo não é um conceito novo, a sua utilização tem sido influenciada tanto pela evidência emergente de investigações sobre o envelhecimento, e por diferentes agendas políticas (HUTCHISON; MORRISON; MIKHAILOVICH, 2006).

A OMS conceitua o envelhecimento ativo como: “processo de otimização das oportunidades de saúde, participação e segurança, com o objetivo de melhorar a qualidade de vida à medida que as pessoas ficam mais velhas”. (OMS, 2005, p. 13).

A saúde, a participação e a segurança segundo decisão política da OMS (2005, p. 45-46), constituem os três pilares estruturais necessários para o desenvolvimento do envelhecimento ativo:

a saúde: quando os fatores de risco (comportamentais e ambientais) de doenças crônicas e de declínio funcional são mantidos baixos, e os fatores de proteção, elevados, as pessoas desfrutam maior quantidade e maior qualidade de vida, permanecem saudáveis e capazes de cuidar de sua própria vida à medida que envelhecem e poucos idosos precisam constantemente de tratamentos e serviços assistenciais onerosos.

a participação: quando o mercado de trabalho, o emprego, a educação, as políticas sociais e de saúde e os programas apoiam a participação integral em atividades socioeconômicas, culturais e espirituais, conforme seus direitos humanos fundamentais, capacidades, necessidades e preferências, os indivíduos continuam a contribuir para a sociedade com atividades remuneradas e não remuneradas enquanto envelhecem.

a segurança: quando as políticas e os programas abordam as necessidades e os direitos dos idosos à segurança social, física e financeira, ficam asseguradas a proteção, dignidade e assistência aos mais velhos que não

podem mais se sustentar e proteger. As famílias e as comunidades são auxiliadas nos cuidados aos seus membros mais velhos.

Fonseca (2009), afirma que num contexto de envelhecimento ativo, a qualidade de vida do idoso não é determinada apenas pelo nível de saúde que possui, mas, sobretudo pela capacidade de manutenção da autonomia, da independência quer seja nas atividades básicas da vida diária, como também nas atividades instrumentais da vida diárias, da valorização de competências, e do seu próprio incremento na qualidade de vida. A capacidade funcional é fator determinante para um envelhecimento ativo, pois implica na autonomia e independência do idoso na realização das Atividades da Vida Diária (AVDs).

A Organização Mundial de Saúde (2005, p.14) conceitua a autonomia e a independência como:

autonomia como habilidade de controlar, lidar e tomar decisões de como se deve viver diariamente, de acordo com suas próprias regras e preferências. A independência como habilidade de executar funções relacionadas à vida diária, ou seja, capacidade de viver independentemente na comunidade com alguma ou nenhuma ajuda de outros.

A autonomia e a independência, sua relação com a saúde dos idosos e os campos de abrangências destas, são sintetizados e representados no diagrama dos domínios de saúde do idosos elaborado por Moraes; Marino; Santos, (2010).

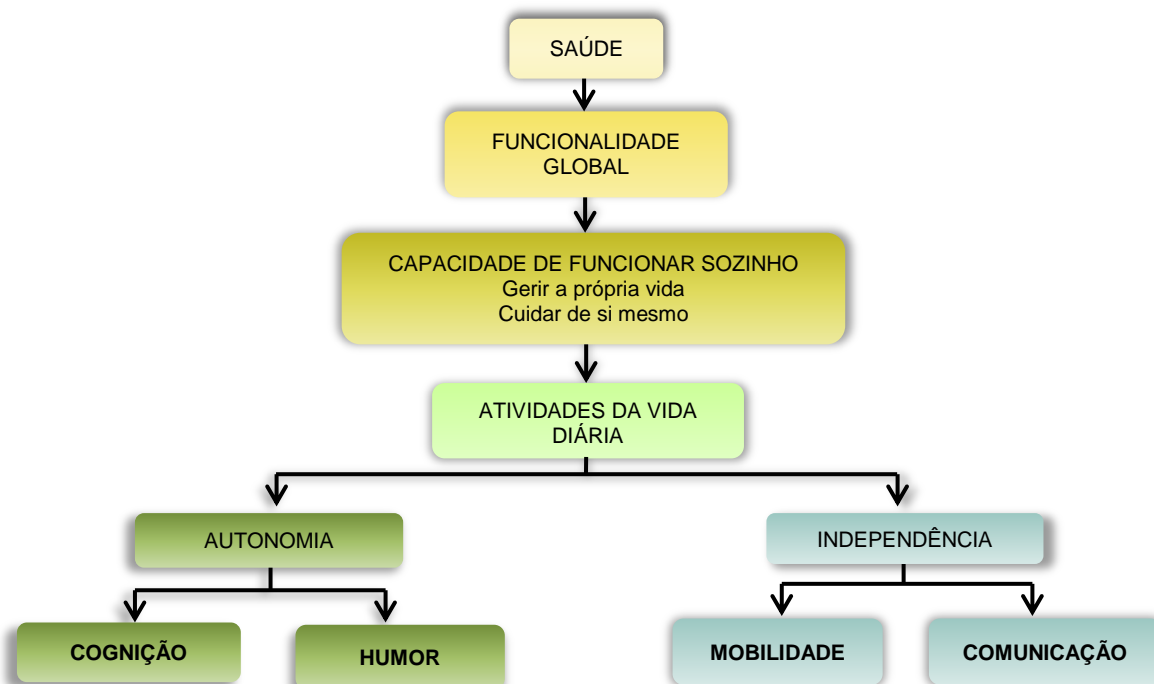


FIGURA 1 - DIAGRAMA DOS DOMÍNIOS DE SAÚDE DO IDOSO.
FONTE: MORAES; MARINO; SANTOS, (2010, p.55).

As políticas públicas e os serviços de saúde são responsáveis pela promoção do envelhecimento ativo, e manutenção da autonomia e independência dos idosos, segundo Loureiro (2011, p.49) isto se concretiza “quando programam e tornam acessível à vigilância regular da saúde, quando promovem a adoção de comportamentos saudáveis e quando se motivam para o autocuidado eficiente”.

Os Determinantes do Envelhecimento Ativo

Os determinantes e os pilares do Envelhecimento Ativo envolvem o indivíduo, a família e as sociedades, foram elaborados com o objetivo de auxiliar os governos mundiais, no desenvolvimento e implementação de políticas públicas direcionadas a todas as pessoas, numa visão ampliada de curso de vida. Por curso de vida entende-se o envelhecimento como um processo, em que o apoio e promoção à saúde são essenciais, não só na velhice, mas, em todo o ciclo de vida (OMS, 2005).

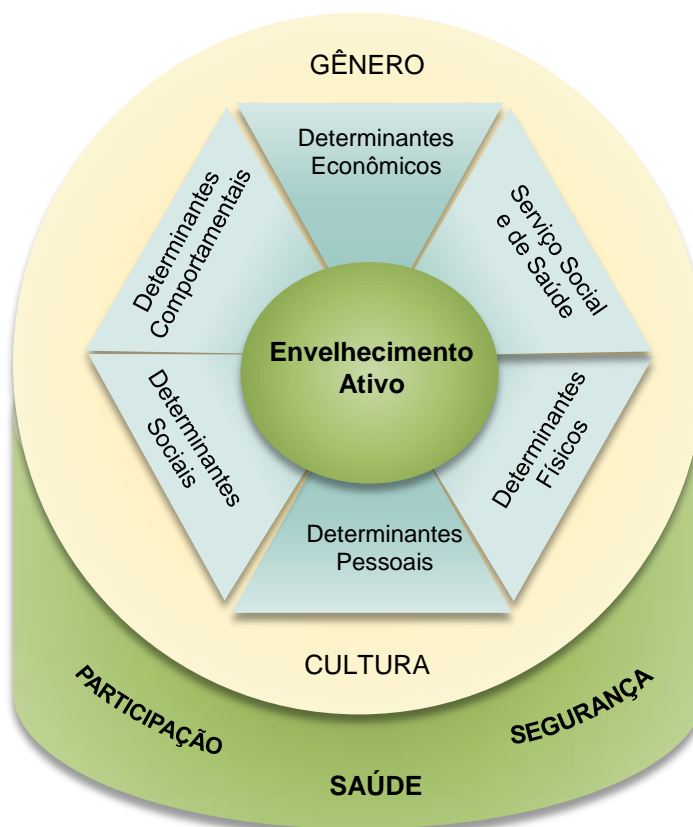


FIGURA 2 - OS PILARES E DETERMINANTES DO ENVELHECIMENTO ATIVO.
FONTE: ADAPTAÇÃO DE “ENVELHECIMENTO ATIVO: UMA POLÍTICA DE SAÚDE” (OMS, 2005).

Os Determinantes Transversais Do Envelhecimento Ativo

Os determinantes transversais e que permeiam todos os demais são o gênero e a cultura. Os valores culturais e as tradições presentes nas diferentes etnias definem como uma coletividade trata as pessoas idosas e entende o processo de envelhecimento: “A cultura que abrange todas as pessoas e populações, modela nossa forma de envelhecer, pois influencia todos os outros fatores determinantes do envelhecimento ativo” (OMS, 2005, p. 20).

O papel de inferioridade que a mulher exerceu ao longo da história da humanidade, em muitas sociedades, com restrição de alimentação, educação e acesso à saúde, bem como a tradição de cuidadora dos anciãos e das crianças, pode ser apontado como causas da pobreza e das doenças presentes na velhice. “O gênero é uma lente através da qual se considera a adequação de várias opções políticas e o efeito destas sobre o bem estar de homens e mulheres” (OMS, 2005, p. 20).

Fazem parte do contexto geral dos determinantes (OMS, 2005):

Relacionados aos Sistemas de Saúde e Serviço Social

Os sistemas de saúde precisam ser concebidos segundo a perspectiva de curso de vida, de forma igualitária, sem discriminação de idade. Devem operar na vertente da promoção e prevenção da saúde, e o acesso aos serviços curativos daqueles que já se encontram enfermos. Contemplar à assistência aos cuidadores informais e os serviços de saúde mental, importante dispositivo do envelhecimento ativo.

Fatores Comportamentais

Contemplados pela presença de estilos de vida saudáveis e autocuidado. O combate ao tabagismo - por representar causas de morte prematura mais evitável; o incentivo à prática de atividade física - que pode retardar os declínios funcionais, bem como o aparecimento de doenças crônicas.

A alimentação saudável - para evitar a desnutrição e a ingesta exagerada de calorias. A preocupação com a saúde oral precária - que resulta em desnutrição, e em uma série de doenças, dentre essas o câncer bucal.

Os idosos que fazem uso do álcool tendem a apresentar desnutrição, doenças do pâncreas, estômago e fígado, bem como o aumento de risco de lesões e quedas. Problemas de saúde ocorrem pelo uso de medicamentos, principalmente pelas interações medicamentosas que causam danos às pessoas - a iatrogenia.

A adesão como fator comportamental retrata o acesso ao medicamento e seu uso correto, a garantia da manutenção do tratamento prescrito além da manutenção de dieta saudável, prática de atividades físicas, abandono do fumo e outros hábitos considerados saudáveis.

Fatores Relacionados a Aspectos Sociais

Os fatores biológicos e genéticos desempenham importante papel no processo de envelhecimento. O envelhecimento implica num conjunto de sistemas geneticamente originados, visto como uma degradação funcional, continuada e generalizada, que apresenta como consequência a perda da resposta adaptativa às ocorrências de estresse e um acréscimo no risco de doenças associadas à velhice.

A inteligência e a capacidade cognitiva são entendidas como fatores psicológicos - que tendem a diminuir naturalmente com o envelhecimento. A autoeficiência é outro fator psicológico que se desenvolve ao longo do curso de vida e representa a competência de desempenhar o domínio sobre sua própria vida.

Fatores Relacionados ao Ambiente Físico

Os ambientes físicos apropriados são fundamentais para que os idosos mantenham sua autonomia e independência. Serviços de transporte acessíveis, a moradia segura, próxima a seus familiares, sem barreiras físicas que evitem as quedas.

O acesso à água livre de impurezas, ar puro (fator fundamental para a sobrevivência, do ser humano, dos animais e das plantas), e o consumo de alimentos seguros (aqueles que não oferecem perigos; físicos, químicos ou biológicos à saúde e integridade do consumidor).

Fatores Relacionados ao Ambiente Social

O apoio social é significativo para a manutenção da saúde e bem estar dos idosos. O rompimento das relações pessoais causam solidão e isolamento social que estão associadas ao declínio físico e mental.

As oportunidades de educação e aprendizagem configuram a inclusão de pessoas que quando jovens não tiveram acesso a elas. A violência e maus tratos contra o idoso estão presentes em contextos familiares de todos os níveis econômicos - combater os maus tratos aos idosos implica numa abordagem multisetorial e multidisciplinar.

Fatores econômicos determinantes

A renda é um fator preocupante na vida dos idosos mais vulneráveis, aqueles que não recebem aposentadoria, pensão, ou ainda que façam parte de famílias que apresentam condições econômicas insatisfatórias (baixa ou renda incerta), o fato se agrava quando estes não possuem filhos ou parentes, o que gera falta de moradia, abandono e pobreza.

É papel do Estado se responsabilizar pelo desenvolvimento de mecanismos que promovam a proteção social a aqueles que não tenham renda, ou se encontram sozinhos e vulneráveis. O idoso precisa de oportunidades do trabalho digno na velhice quer seja formal ou informal, ou até mesmo o desenvolvimento de trabalho voluntário, para contribuir produtivamente com a sociedade.

O Envelhecimento Ativo e o Cuidado Gerontológico de Enfermagem na Atenção Primária

O envelhecimento ativo tem como proposta que as unidades de saúde privilegiem cuidados apropriados de prevenção e promoção às pessoas idosas com o intuito de prevenir o aparecimento ou agravamento de doenças (OMS, 2005). A atenção à saúde do idoso se faz mediante o envolvimento e participação da equipe multiprofissional com conhecimentos específicos na área da geriatria e gerontologia.

Segundo Papaléo Netto *et al.* (2005), a pouca difusão dos conhecimentos geriátricos e gerontológicos entre os profissionais de saúde, aliados à falta de sintonia entre as instituições de ensino superior com a nova realidade demográfica e epidemiológica, acarreta escassez de recursos humanos e materiais na atenção aos idosos.

As atribuições dos profissionais da atenção básica no atendimento à saúde da população idosa estão previstas no documento “Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa” (Brasil, 2007). Cabe especificamente ao Enfermeiro a prática da atenção aos idosos e se houver necessidade realizar a assistência domiciliar.

Além da consulta de Enfermagem, compete ao Enfermeiro a avaliação multidimensional rápida (avaliação simplificada). A utilização da avaliação funcional do idoso na atenção primária constitui importante dispositivo para que a equipe multiprofissional possa tomar as decisões corretas na prescrição de tratamentos e no planejamento dos cuidados adequados e individualizados às necessidades de cada idoso.

A orientação e supervisão das Agentes Comunitárias de Saúde - ACS, bem como a educação permanente dos mesmos, fazem parte das responsabilidades do enfermeiro. O enfermeiro é também um agente de conexão entre os níveis primário, secundário e terciário de saúde, contribuindo desta forma para que as ações intersetoriais de recuperação, prevenção e promoção à saúde dos idosos tenham continuidade e resolutividade.

A promoção do cuidado gerontológico de enfermagem deve se concretizar, sem que esteja somente submetida à cura, mas sim valorize o tratamento com as pessoas, o "cuidado digno", partilhando e interagindo para alcançar o bem viver. Isto exige dos profissionais o estímulo à compreensão abrangente com a definição dos limites e atuações da própria profissão, de forma a promover não somente o cuidado e o profissional, mas todo o contexto envolvido no processo. (HAMMERSCHMIDT, BORGHI e LENARDT, 2006, p. 115).

STANLEY, BLAIR e BEARE (2005) referem que no sistema primário de saúde, bem como fora dele os enfermeiros precisam defender os interesses dos usuários. A reivindicação do envelhecimento com sucesso, o acesso à saúde a todas as pessoas, bem como o reconhecimento dos idosos e das famílias é papel da enfermagem, e se configura como uma forma de cuidado.

As autoras *op. cit.* afirmam que o enfermeiro deve-se posicionar e se fazer ouvir nas discussões políticas de saúde defendendo os interesses da comunidade. Também, pode exercer poder político significativo para melhorar o bem-estar dos idosos e suas famílias e que a participação do enfermeiro não é opcional, é um imperativo moral.

4 REFERENCIAL METODOLÓGICO

O referencial metodológico utilizado neste processo investigativo propõe uma aproximação com a abordagem sócio-histórica, que segundo Padilha e Borenstein (2005, p.578) abrange o estudo dos homens no seu contexto temporal e se empenha em discutir os diferentes aspectos do cotidiano das distintas categorias e agrupamentos sociais. As autoras asseveram também, que ao desenvolver este tipo de pesquisa devem-se levar em conta os aspectos da “relevância social e o da relevância científica”.

A abordagem histórica em enfermagem foi inicialmente desenvolvida por Teresa Elizabeth Christy, que a estabeleceu como método fidedigno de investigação há mais de duas décadas (2012). Ela aprimorou o método e mostrou a relevância de realizar pesquisa histórica, antes mesmo que os pesquisadores de enfermagem a acolhessem como metodologia de pesquisa (LOBIONDO-WOOD; HABER, 2001).

A dialética da história parece sintetizar-se na negação ou num diálogo - passado/presente e ou presente/passado que comumente não é neutra, mas implica em um sistema de imputação de valores, é essencial na consciência do tempo, pois, o mérito do passado está em clarificar o presente; o passado é alcançado a partir do presente (LE GOFF, 2003).

O tempo histórico demarca a irreversibilidade dos episódios sociais, o que passa por modificações não é o tempo, contudo o que se altera é o ritmo das estruturas sociais. A variação do ritmo ocorre de forma diferenciada, decorrente das estruturas sociais heterogêneas (HELLER, 2008).

Diehl (2002) ao debater a respeito do campo de atuação da história na atualidade pondera que são possíveis novas perspectivas em relação à mesma, especialmente em relação à narrativa. Afirmar ainda que a história possui um núcleo comum do qual emergem três orientações: história como processo real, história como disciplina e história como narração. Não obstante cada uma das orientações possuírem uma caracterização suficientemente adequada para sustentá-la, o texto histórico irá abranger a três orientações, o destaque em cada uma delas estará atrelado ao aspecto dado na representação do passado.

Dentre as pesquisas qualitativas vem aumentando no Brasil os trabalhos com base na perspectiva histórica. Neste agrupamento podem ser encontrados

vários formatos, como os estudos biográficos e as histórias de vida (GATTI; ANDRÉ, 2010).

4.1 AS HISTÓRIAS DE VIDA, AS NARRATIVAS E AS TRAJETÓRIAS

As histórias de vida⁶ compõem o formato sócio-histórico que delineia esta pesquisa, entende-se que estas abrangem trajetórias, nas quais são expressas as vivências preservadas na memória (privada), e que demarcam o curso de vida dos participantes, e quando reveladas tornam-se públicas por meio das narrativas.

Bertaux (1980) entende as histórias de vida como uma oportunidade de questionamento e reflexão, pois ao narrar sua vida o sujeito está compartilhando com o pesquisador uma análise prospectiva e avaliativa, afirma ainda que as histórias de vida por mais particulares que sejam são sempre depoimentos de práticas sociais, das formas com que o indivíduo se insere e atua no mundo e no grupo do qual faz parte.

De acordo com Minayo (2010, p. 154):

a história de vida pode ser a melhor abordagem para se compreender o processo de socialização, a emergência de um grupo, a estrutura organizacional, o nascimento e o declínio de uma relação social e as respostas situacionais às contingências cotidianas.

O filósofo Walter Benjamin (2011, p. 205), imprime a narrativa o aspecto da comunicação artesanal, pois afirma que durante muito tempo esta se desenvolveu num meio artesão – no campo, no mar e na cidade. Ela não está interessada em transmitir “o puro em si” como uma informação ou um relatório. Ela imerge o fato na

⁶ Existem duas vertentes em relação à origem do emprego das histórias de vida nas pesquisas - a da “História Nova” movimento conduzido por Lucien Febvre e Marc Bloch com a criação da *Escola dos Annales*, que despontou como parte de uma revolta contra a história positivista do século XIX, e que propõe uma história profunda e total, particularmente sensível às diferenças. Segundo Henri Berr um dos pioneiros da *história nova*, o adjetivo “nova” surgiu do movimento chamado *New History* lançado em 1912 nos Estados Unidos (LE GOFF, 2007). A segunda vertente surgiu com um movimento chamado “Escola de Chicago”, com o intuito de produzir conhecimentos úteis para a solução de problemas sociais presentes na cidade de Chicago, abrangeu um conjunto de trabalhos de pesquisas sociológicas desenvolvidos entre 1915 e 1940, por professores e alunos da Universidade de Chicago criada em 1890 (GOLDENBERG, 2007; SILVA, *et al.*, 2007).

vida do narrador para em seguida retirá-lo dele. “Assim se transmite na narrativa a marca do narrador, como a mão do oleiro na argila do vaso”.

Para Arendt a narrativa sobre o passado via rememoração não implica na tentativa de restauração do passado, mas na contribuição para uma transformação do presente de tal forma que se o passado aí for reencontrado, ele não fique o mesmo, mas seja também para que o futuro possa usufruir da herança do passado. É preciso que a memória seja articulada e retomada, com o objetivo de construir uma história e, dessa forma, fazer renascer a experiência vivida e de atuação no mundo. Sem testamento, não há continuidade consciente no tempo e, portanto, nem passado, nem futuro, mas tão somente a eterna mudança no mundo e o ciclo biológico das criaturas que nele vivem (KUMON, 2006; ARENDT, 2008; 2009).

4.2 A ENTREVISTA NARRATIVA AUTOBIOGRÁFICA DE FRITZ SCHÜTZE

A retomada da pesquisa qualitativa na Alemanha a partir dos anos de 1970 permitiu à pesquisa educacional voltar às suas próprias tradições hermenêuticas, bem como uma modernização e internacionalização de suas teorias e abordagens. Desta forma, a hermenêutica guiou a construção de novos métodos de coleta e análise de dados empíricos no campo das ciências sociais e de educação (WELLER, 2009).

O desenvolvimento de novas metodologias interpretativas aconteceu na maioria das vezes, com a ajuda de tradições teóricas que nasceram no início do século XX, entre essas o Interacionismo Simbólico, a Fenomenologia Social, a Etnometodologia e a Análise da Conversação (Appel, 2005). Entre as novas abordagens desenvolvidas encontra-se a análise de narrativas de Fritz Schütze⁷ (*Narrationsanalyse*).

⁷ Fritz Schütze, doutor em Sociologia pela *Universität Münster* e livre docente pela *Universität Bielefeld*. Foi professor da *Universität Bielefeld* (1972-1980), da *Universität Gesamthochschule Kassel* (1980-1993) e da *Otto-von-Guericke- Universität Magdeburg* (1993-2009). É membro do *Zentrum für Sozialweltforschung und Methodenentwicklung* (Centro de Pesquisa Social e Desenvolvimento de Métodos) da Universidade de Magdeburg (WELLER; PFAFF, 2010).

Fritz Schütze e Joachim Matthes coordenavam um grupo conhecido como “Sociólogos de Bielefeld”, que desenvolveu um programa de pesquisa “alternativo” às tradições sociológicas alemãs vigentes naquele período (WELLER, 2009).

Para Weller⁸ (2009, p. 4) além de priorizar as pesquisas centradas na reconstrução da perspectiva do indivíduo a respeito da realidade social em que ele vive e que também a constrói e transforma, Schütze colaborou expressivamente para “a retomada e resignificação da pesquisa biográfica nas ciências sociais e na educação”.

A entrevista narrativa é uma técnica diferenciada de coleta de dados, caracterizada como entrevista aberta profunda, e nela o entrevistado é chamado de “Informante” ou “Informante da História”. A técnica de entrevista narrativa tem a intenção de reconstruir acontecimentos sociais a partir da perspectiva dos informantes, sendo uma proposta sistemática de criar narrativas com fins de pesquisa social (SCHÜTZE, 1983).

A entrevista narrativa produz dados textuais que reproduzem de forma completa o entrelaçamento dos acontecimentos e a sedimentação da experiência da história de vida do entrevistado, de um modo que soe possível no contexto de uma pesquisa sociológica. Não apenas o curso externo dos acontecimentos, mas também as reações internas, as experiências do informante, com os eventos e sua elaboração interpretativa por meio de modelos de análise conduzem a uma apresentação pormenorizada (SCHÜTZE, 2007a, 2010).

Nesse processo narrativo cumulativo são destacados os contextos maiores do curso de vida, marcados e anotados em posições de relevância. Por fim surgem os entroncamentos das experiências resultantes dos acontecimentos e desenvolvimentos que não estavam totalmente conscientes. “O resultado é um texto narrativo que apresenta o processo social de desenvolvimento e mudança de uma identidade biográfica, sem intervenções ou supressões decorrentes da abordagem metodológica ou dos pressupostos teóricos do pesquisador” (SCHÜTZE, 2007b, 2010, p.213).

⁸ Wivian Weller é doutora em Sociologia pela Universidade Livre de Berlim. Professora Adjunta do Programa de Pós-Graduação em Educação da Universidade de Brasília. Organizou juntamente com Ralf Bohnsack e Nicolle Plaff, o Simpósio Brasileiro-Alemão de Pesquisa e Interpretação de Dados, realizado em 2008, na Faculdade de Educação da Universidade de Brasília, reunindo pesquisadores brasileiros e alemães. Neste simpósio entre outros métodos abordou-se a Pesquisa Biográfica e Entrevista Narrativa de Fritz Schütze (WELLER, 2009).

4.3 TRAJETÓRIA METODOLÓGICA

4.3.1 Tipo de Estudo

Trata-se de estudo do tipo qualitativo, com enfoque sócio-histórico, que aborda as histórias de vida dos idosos longevos de uma comunidade. Schütze (2010, p. 211) explana o conceito de história de vida e como ela se processa: “A história de vida é uma sedimentação das estruturas processuais maiores ou menores do curso de vida, alteram-se também a respectiva interpretação da história de vida como um todo por parte do portador da biografia”.

LoBiondo-Wood e Haber (2001, p. 123) afirmam que o método qualitativo concentra-se no todo da experiência humana, e que o pesquisador que utiliza esta abordagem “acredita que seres humanos únicos atribuem significado a suas experiências e que elas derivam do contexto de vida”.

Diferentes autores destacam a importância dos estudos qualitativos na área da saúde. Turato (2005, p. 509) relata que as pesquisas qualitativas em saúde, empregam os pressupostos das Ciências Humanas, e de acordo com essas não se busca compreender “o fenômeno em si, mas entender o significado individual ou coletivo para a vida das pessoas”.

Para Flick (2009, p. 20), os estudos qualitativos são relevantes, pois envolvem as relações sociais, resultantes da “pluralização das esferas de vida - a diversidade de ambientes, subculturas, e estilos e formas de vida”.

Já Minayo (2010, p. 57) afirma que o “método qualitativo se aplica ao estudo da história” na busca pelo entendimento da lógica no contexto dos grupos, instituições e participantes. Com abrangência nos valores culturais e representações sobre sua história e temas particulares; conexões entre indivíduos, instituições e ações coletivas, bem como os processos históricos, sociais e de operacionalização de políticas públicas e sociais.

4.3.2 O Contexto da Investigação

O estudo foi realizado na Unidade Básica de Saúde Bairro Alto - UBSBA, que faz parte do Distrito Sanitário Boa Vista, bem como no domicílio dos longevos pertencentes à área de abrangência desta Unidade. A UBSBA tem como missão realizar ações de promoção da saúde para a melhoria da qualidade de vida de sua população. A escolha por esta comunidade específica deve-se ao fato do Distrito Sanitário Boa Vista apresentar o segundo maior percentual de idosos acima de 80 anos (12,9%), oriundos de um mesmo território (SMS, 2010). A centralização das atividades de pesquisa do Grupo Multiprofissional de Pesquisa sobre Idosos - GMPI (do qual a pesquisadora é membro) no Distrito Sanitário Boa Vista, constituiu outra justificativa para o desenvolvimento do presente trabalho nesse local.

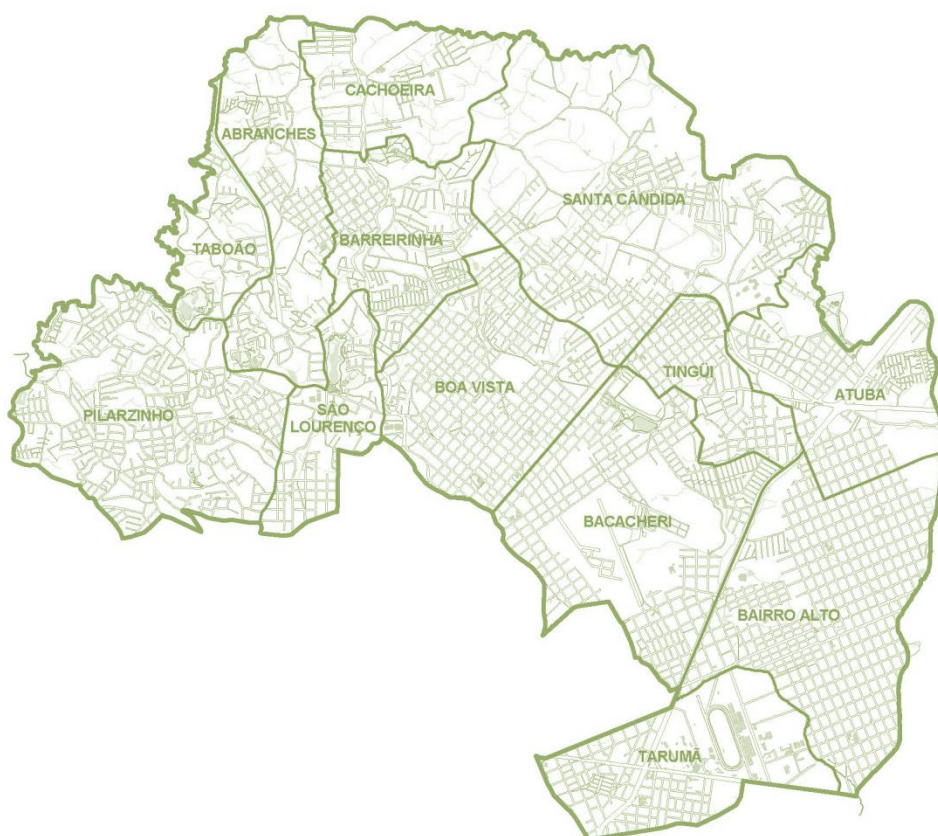


FIGURA 3 - DISTRITO SANITÁRIO BOA VISTA.

FONTE: INSTITUTO DE PESQUISA E PLANEJAMENTO URBANO DE CURITIBA- IPPUC, (2005).

O modelo de atenção é desenvolvido segundo o preconizado nos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS). A Unidade Básica é subordinada à

Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba e coordenada pelo Distrito Sanitário Boa Vista. O distrito compreende treze bairros: Tarumã, Pilarzinho, São Lourenço, Boa Vista, Bacacheri, Bairro Alto, Taboão, Abranches, Cachoeira, Barreirinha, Santa Cândida, Tingui e Atuba. A Unidade de Saúde Bairro Alto possui uma área de abrangência de 18 mil habitantes, sendo 1800 idosos, e é dividida em oito micro áreas (SMS, 2010).

Em relação aos serviços de saúde, desenvolve consultas de enfermagem voltadas para crianças, gestantes, puérperas, hipertensos, diabéticos e dependentes químicos (não desenvolve consultas específicas para idosos), consultas odontológicas, clínica geral, pediatria, ginecologia, obstetrícia, nutrição, fisioterapia e avaliação física com educador físico.

São desenvolvidos técnicas e procedimentos de saúde como curativos, vacinas, inalações, retirada de suturas, sinais vitais, coleta de exame ginecológico entre outros. Disponibiliza medicamentos em sua farmácia interna básica e o atendimento é de segunda a sexta-feira, das 07h30min às 19h30min e no sábado das 08h às 14h.

Além do atendimento ambulatorial são ofertadas atividades educativas e de lazer para hipertensos e diabéticos, grupo de autoajuda em saúde mental, atividades de orientação às gestantes, orientações posturais, educação nutricional, escola de tricô, crochê e pintura, grupo antitabagismo, atividades físicas e reuniões semanais com as Agentes Comunitárias de Saúde para discussão e resolução de situações encontradas na área de abrangência da UBSBA.

A Unidade Básica de Saúde Bairro Alto conta com o Programa de Agentes Comunitárias de Saúde (PACS) e não faz parte da Estratégia Saúde da Família (ESF). Na UBSBA não existem divisões de equipe multiprofissional para o acompanhamento das famílias da área de abrangência, a mesma equipe acompanha todo o território, a equipe médica conta com clínicos gerais, pediatras e ginecologistas.

A UBSBA está inserida na região nordeste do município de Curitiba denominada Bairro Alto. O Bairro Alto configura-se como uma das primeiras regiões a serem desbravadas por portugueses e espanhóis que chegaram aos campos de Curitiba em 1653 em busca de minas de ouro. Neste local deu-se o início da cidade, quando ocorreu a criação de um pequeno povoado denominado “Vilinha” às

margens do rio Atuba. (FENIANOS, 1999). Atualmente este espaço comporta o Parque Histórico da Vilinha (Praça da Liberdade).

A procedência do nome do bairro é devido à sua localização, pois está situado em uma das partes mais elevadas da cidade. O espaço onde nasceu o bairro era propriedade da família Castilho, que iniciou o loteamento em 1940, numa época em que a região era cortada por inúmeros riachos, que deram nome a muitas de suas ruas. Inicialmente a topografia irregular causou problemas para a ocupação urbana e incremento de infraestrutura (IPPUC, 1975; FENIANOS, 1999).

A população em sua maior parte é formada por descendentes de imigrantes europeus que desempenhavam atividade agrícola para prover as necessidades da sede Curitiba. A implantação de algumas linhas de transporte coletivo a partir da década de 1970 favoreceu o crescimento populacional, mudando para um formato espacial mais urbano (PENTEADO, 2001).

Bosi (2003) relata que os bairros além de possuírem uma fisionomia, são também uma biografia, o bairro tem sua infância, juventude e velhice. Nas histórias de vida é possível acompanhar as modificações do espaço urbano. Percebe-se nos habitantes do bairro um sentimento de pertencer a uma tradição, a maneira de ser que anima a vida das ruas, e das praças, dos mercados e das esquinas. A paisagem do bairro tem uma história conquistada numa longa adaptação.

A área do Bairro Alto é de 7,2 Km², ocupando 1,62% em relação a Curitiba, Os bairros limítrofes são Atuba; Bacacheri, Jardim Social, Tarumã e Tingui (IPPUC, 2005). A população é de 42.033 moradores, o que corresponde a 2,58% do município. O bairro possui uma densidade de 59,89 habitantes/km² e 13.591 domicílios. O número de idosos é de 3.071, o que representa 8,07% da população do bairro, e 0,21% da população idosa de Curitiba. O contingente de pessoas com 80 anos ou mais é de aproximadamente 566, e destes 112 são responsáveis pelos domicílios (IPPUC, 2010).

O espaço verde abrange 264.556,39m², distribuídos em dez jardinetes, um bosque, um núcleo ambiental e sete praças. A comunidade conta com os seguintes equipamentos municipais: Armazém da Família, Câmbio verde; creche, pré-escola e escolas; Farol do Saber, feira livre, Liceu de Ofícios, Unidade de Educação Integrada, Unidades Básicas de Saúde e Unidade de Estratégia de Saúde da Família (IPPUC, 2011).

Aproximadamente 80% dos domicílios possuem rede de esgoto. Concernente à oferta de água tratada, apresenta 100% de cobertura, mas são frequentes as restrições de abastecimento de água à população. O transporte urbano é realizado por linhas alimentadoras, interbairros, e sistema direto (ligeirinhos) integrados no terminal do Bairro Alto, que também permite a conexão com a Região Metropolitana – Colombo (IPPUC, 2005).

O bairro possui vida própria, pois apresenta a estrutura necessária para o atendimento das necessidades da população, como: indústrias, instituições bancárias, comércio diversificado, supermercados, farmácias, escolas, creches, dois hospitais, e centros de esporte e lazer.

4.3.3 Aspectos Éticos

Nesta investigação foram respeitados os preceitos éticos de participação voluntária, esclarecida e consentida, segundo Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde, que rege pesquisas em seres humanos (BRASIL, 1996b).

Os longevos foram consultados e esclarecidos quanto à possível inclusão no estudo. Receberam informações a respeito do objetivo, procedimentos, benefícios, cuidados que serão tomados, e o direito de desistir a qualquer momento sem justificativa e sem prejuízo do seu atendimento na unidade de saúde. Todas e quaisquer informações prestadas, bem como a identificação dos participantes foram mantidas em completo anonimato, garantindo o sigilo das mesmas, e a fidedignidade dos dados.

Foi realizado contato telefônico prévio para a autorização da entrada do pesquisador nos domicílios dos idosos, e agendamento do dia e horário para a realização da entrevista narrativa, conforme desejo dos sujeitos.

Durante o período de realização da pesquisa todas as informações coletadas foram armazenadas em arquivos eletrônicos na sede do Grupo Multiprofissional de Pesquisa sobre Idosos (GMPI), do qual a pesquisadora é membro. O acesso a este material será exclusivo da doutoranda e orientadora desta tese.

Os idosos ao manifestarem a concordância em participar da pesquisa, assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE (APÊNDICE 1) e a Autorização de Utilização de Imagem (APÊNDICE 2), em duas vias, uma via foi entregue ao idoso e a outra via à pesquisadora. Nos casos de analfabetismo foi realizado o carimbo da impressão digital.

O projeto foi aprovado em reunião do Comitê de Ética do Setor de Saúde da Universidade Federal do Paraná, realizada em 31 de agosto de 2011, sob o registro CEP/SD: 1199.124.11.08 e CAAE: 0128.0.091.085-11 (ANEXO 1), e recebeu parecer favorável do Comitê de Ética da Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba (FR 454.371) em 19 de outubro de 2011 (ANEXO 2).

4.3.4 Informantes da História

A população do estudo incluiu os idosos com idade igual ou superior a 80 anos, de ambos os sexos, usuários da UBS Bairro Alto. A Unidade conta com um contingente de 109 idosos longevos. Para o estudo foram realizadas entrevistas até o momento em que as narrativas forneceram informações suficientes para atingir o objetivo proposto na pesquisa, num total de vinte entrevistas. Os idosos foram selecionados conforme critérios estabelecidos de inclusão e exclusão.

Constituíram **critérios de elegibilidade para o estudo:**

Ter idade igual ou superior a oitenta anos; estar cadastrado na unidade de saúde selecionada para o estudo; obter pontuação no Miniexame do Estado Mental (MEEM)⁹ de 13 pontos para idosos analfabetos, 18 pontos para aqueles com escolaridade baixa e média e 26 pontos para escolaridade alta (pontos de corte propostos por Bertolucci *et al.* (1994) para o *screening* de alteração cognitiva).

E como **critérios de exclusão:**

Possuir doenças e sintomas físicos que, por qualquer motivo, impeçam o desenvolvimento da entrevista narrativa tais como: demência, surdez bilateral,

⁹ O teste do Miniexame do Estado Mental (MEEM) proposto por FOLSTEIN; FOLSTEIN; MCHUGH (1975) e adaptado por BRUCK *et al.* (2006), é composto por questões agrupadas em sete categorias, cada uma delas com o objetivo de avaliar um grupo de funções cognitivas específicas: orientação temporal, orientação espacial, memória imediata, atenção e cálculo, memória de evocação, linguagem e capacidade construtiva visual. A pontuação total varia de zero a 30.

surdo-mudez, disfasia de comunicação e expressão, alimentação por sonda nasogástrica ou nasoenteral.

4.3.5 Técnica de Obtenção das Informações

Optou-se pelas narrativas, como técnica de coleta de dados, pois favorece a interação e partilha de informações. A coleta das informações ocorreu no domicílio dos idosos, por meio de entrevistas não estruturadas, neste projeto denominada de entrevista narrativa. A proposta metodológica do sociólogo Fritz Schütze (2007b, 2010) foi utilizada como alicerce durante a técnica das narrativas.

A entrevista narrativa compreende três partes centrais. A narrativa inicial realiza-se a partir de uma questão narrativa (APÊNDICE 3) orientada sobre a história de vida, e não pode ser interrompida. Na segunda parte são introduzidas perguntas para explorar os temas resumidos na narrativa inicial, ou que necessitam de clareza ou complementação. Na terceira incentiva-se o participante por intermédio de novas perguntas teóricas do tipo - “por quê?” a descrever as situações de trajetórias e contextos sistemáticos que se repetem. Isto com o objetivo de explorar a capacidade de explicação, abstração e teorização de seu “eu”, incentivando o esclarecimento de questões de fundo situacional, habitual e sociocultural (Schütze, 2010, p. 212).

4.3.6 Trabalho de Campo

O contato inicial com o campo de trabalho ocorreu no mês de outubro de 2011, primeiramente foi realizada uma visita a Autoridade Sanitária, responsável pela Unidade Básica de Saúde Bairro Alto (UBSBA), nesse encontro foram explicados os propósitos da pesquisa e solicitada a autorização para a entrada no campo.

No mês de novembro ocorreu a participação no projeto educativo realizado com as Agentes Comunitárias de Saúde (ACS), às sextas-feiras na parte da manhã.

Na primeira reunião a pesquisadora foi apresentada pela enfermeira responsável pelas ACS, esclareceu-se o objetivo do trabalho, e a necessidade da colaboração delas, principalmente, na seleção prévia dos participantes da pesquisa. Na reunião seguinte a pesquisadora responsabilizou-se pela oficina desenvolvida com as ACS, na qual foi discutido o processo de envelhecimento. Em janeiro de 2012 ocorreu o acompanhamento em algumas visitas domiciliares, acompanhada da Enfermeira da UBSBA, e realizaram-se os primeiros contatos com os longevos.

A captação dos participantes ocorreu pela indicação da Enfermeira e das ACS dependendo da área de abrangência de cada uma delas, esse fato facilitou a localização das residências dos prováveis participantes. No mês de março foram iniciadas as entrevistas. A entrevista inicial constituiu o estudo piloto para verificar a aplicabilidade da entrevista narrativa. As adaptações e correções foram realizadas antes do início da segunda entrevista.

Para cada coleta da história de vida, foram necessárias de duas a três visitas domiciliares. A primeira acompanhada da Enfermeira ou da ACS era mais rápida, pois consistia na apresentação dos objetivos do trabalho, bem como o convite ao longo para participar do estudo, diante de uma resposta afirmativa, nesse momento agendava-se um segundo encontro.

A segunda visita demandava mais tempo - de duas a três horas. Inicialmente explicava-se o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE. Após a ciência deste, aplicava-se Miniexame do Estado Mental (MEEM) - *screening* de alteração cognitiva. Em seguida realizava-se a entrevista narrativa. Após a transcrição da primeira entrevista, retornava-se ao domicílio para complementação da mesma. Este movimento de ir e vir constitui critério de confiabilidade do processo investigativo, pois possibilita a saturação das informações (FERNANDES, 2011). A coleta de um total de vinte histórias de vida se estendeu até o final do mês de julho de 2012.

4.3.7 Registro e Organização das Informações

As entrevistas narrativas foram gravadas em mídia digital. As transcrições foram armazenadas em documentos do Microsoft Word. Os longevos foram

identificados por números arábicos de 1 a 20, registraram-se também as datas em que ocorreram as entrevistas. Procurou-se transcrever as histórias de vida de imediato, para que não demandasse muito tempo entre a primeira e a segunda entrevista, caso fosse necessário a complementação das informações.

4.3.8 Análise das Informações

As análises das entrevistas narrativas segundo o proposto por Schütze (2007b; 2010), compreendem seis etapas:

1ª - Análise formal do texto: Nesta primeira etapa é realizada a transcrição detalhada das entrevistas e a seleção e ordenamento das passagens narrativas que descrevem a sequência dos acontecimentos de cada história de vida (marcadores de finalização de um segmento e da iniciação do seguinte).

2ª - Descrição estrutural do conteúdo: nesta fase desenvolve-se uma análise minuciosa de cada segmento das narrativas para identificação de estruturas processuais no curso de vida, que poderão ser observadas em situações culminantes, episódios entrelaçados, pontos dramáticos de transformação ou mudança, desenvolvimento de ações planejadas ou realizadas, e passagens descritivas ou argumentativas.

3ª - Abstração analítica: neste segmento são identificadas as expressões estruturais abstratas de cada trajetória, para apoiar a reconstrução da história na relação sistemática entre as expressões abstratas de cada período ou trajetória até a atualidade.

4ª - Análise do conhecimento: nesta etapa são explorados os componentes não indexados, que são os aportes teóricos argumentativos ou explicativos próprios dos informantes, sobre sua história de vida e sua identidade. Esses aportes podem ser observados tanto nas passagens narrativas das duas partes iniciais da entrevista, como na parte argumentativa e abstrata fase conclusiva da entrevista narrativa, levando em consideração o fluxo dos acontecimentos, a sedimentação da experiência e a mudança entre as estruturas processuais dominantes do curso de vida.

5ª - Comparação Contrastiva: nesta fase é realizada a comparação entre as trajetórias, em busca de semelhanças que identifiquem as categorias que possam surgir nas etapas anteriores da análise. Inicialmente realiza-se uma estratégia de *comparação mínima* entre os textos das entrevistas, que indiquem semelhança em relação ao texto de origem.

Após *comparação mínima* emprega-se a *comparação máxima* para selecionar textos com diferenças contrastantes em relação ao texto inicial, mas que ainda conservam pontos de comparação. A *comparação teórica máxima* tem a função de confrontar as categorias teóricas empregadas no discurso com categorias opostas, e assim detectar estruturas alternativas dos processos biográficos sociais em sua eficácia biográfica diferenciada e desenvolver possíveis categorias elementares, que mesmo nos processos alternativos são comuns entre si.

6ª Etapa – Nesta etapa baseado nas relações das diversas categorias teóricas analisadas Schütze (2010) propõe a elaboração de um modelo teórico geral acerca das trajetórias que compõem a história de vida, das pessoas originárias de certos grupos ou contextos sociais.

Nesse estudo se optou por desenvolver a análise do conhecimento, concomitante à comparação contrastiva, haja vista o grande número de categorias que surgiram ao longo das três primeiras etapas de análise propostas por Schütze (2007b, 2010), e sintetizadas no diagrama “Marcos do Curso de Vida”.

A síntese das etapas de análise das entrevistas narrativas propostas por Schütze (2010) são sintetizadas na figura 3.

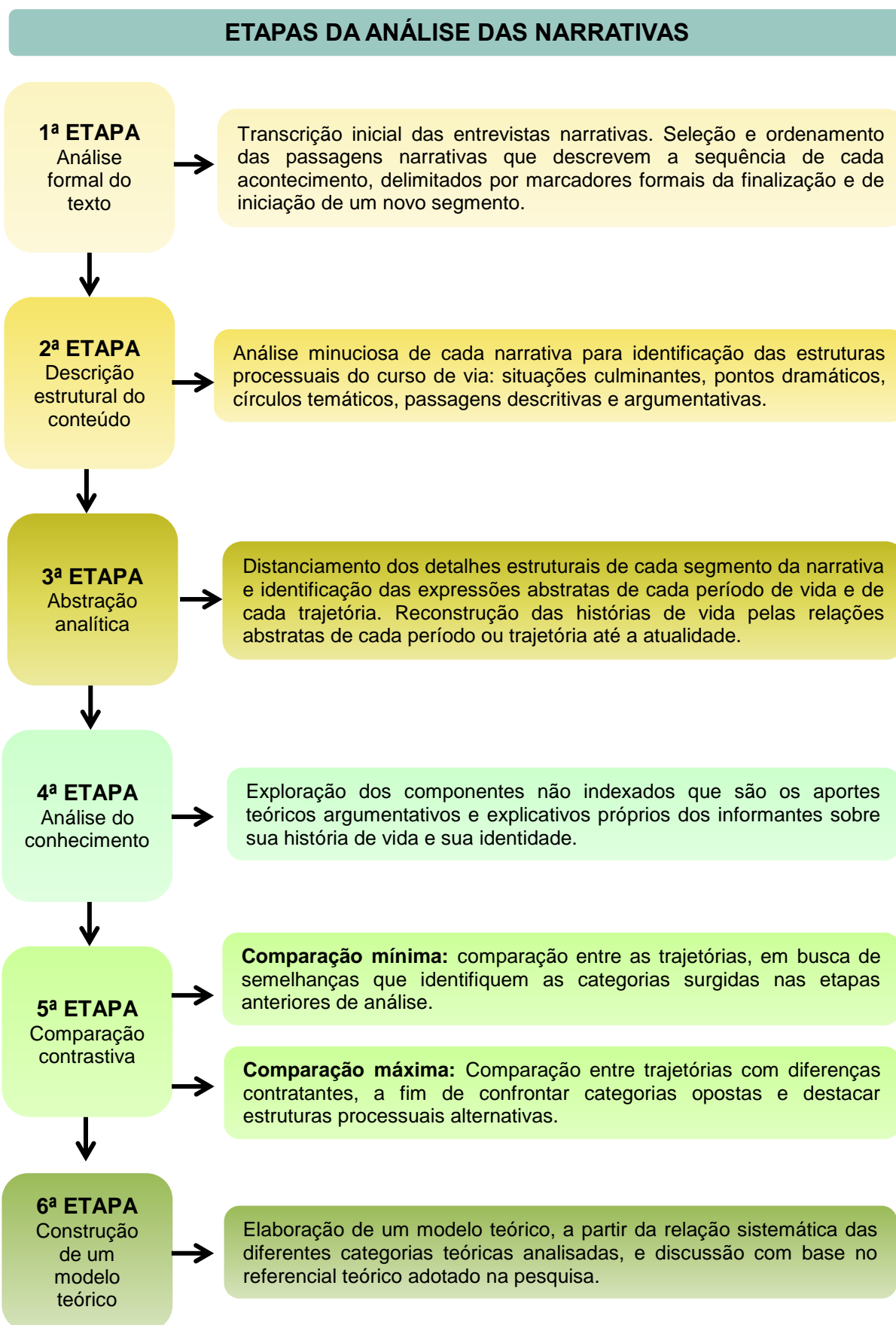


FIGURA 4 - DIAGRAMA REPRESENTATIVO DAS ETAPAS DA ANÁLISE DAS NARRATIVAS.
FONTE: ADAPTADO DE SCHÜTZE, 2010.

5 A SÍNTESE DAS HISTÓRIAS DE VIDA

Este capítulo apresenta a síntese das histórias de vida dos longevos, na tentativa de tornar visíveis suas identidades como seres que se inserem no mundo ao nascer, e nele permanecem ao longo do curso de vida. Foram eleitas para continuidade do processo analítico oito histórias de vida, que se mostraram mais pertinentes aos propósitos do estudo, as demais estão inseridas como apêndices neste trabalho.

As questões relativas à compreensão do ser humano e sua condição no mundo têm permeado a história do pensamento desde a sua origem. Trata-se de discussões que remetem ao mistério da existência humana e, como tal, nos instigam a perguntar: “Quem sou eu?”. As concepções do sujeito humano são transformadas de acordo com o contexto histórico, social e cultural em que são consideradas.

Arendt¹⁰ (2010, p. 320) tece seus conceitos a respeito de quem somos e como nos inserimos no mundo de forma geral e específica. Os homens são apresentados ao mundo através do nascimento, que representa a oportunidade de responder ao questionamento “Quem és?”. Este acontecimento inaugura uma nova história, o que se segue é a ação do homem no mundo “numa teia já existente”. A inserção no mundo por meio do falar e agir representa um segundo nascimento que permite confirmar a identidade física individual de cada um (ARENDT, 2009, 2010).

Morin¹¹ (2007) estabelece um duplo princípio de identidade, e em sua segunda definição afirma que o “eu” continua o mesmo a despeito das modificações internas do “eu” (mudança de caráter, de humor) e do “si mesmo” (modificações físicas devido à idade). Ele diz simplesmente: “eu era criança”, “eu estava irado”, mas sou sempre o mesmo “eu”, ao passo que os caracteres exteriores ou físicos do indivíduo se modificam. Permanece a autorreferência, apesar das transformações e através das transformações.

¹⁰ Hannah Arendt é formada em Filosofia e Teologia conhecida como “pensadora da liberdade” é tida como uma das maiores filósofas da história do pensamento. (FRY, 2010; SILVA, 2011).

¹¹ Edgar Morin é formado em História, Geografia, Direito, Sociologia e Filosofia, é considerado um dos principais pensadores contemporâneos e teóricos da complexidade. Seus escritos enfatizam as incertezas, as situações inesperadas, as combinações aleatórias, o todo e as partes e traz a conceituação de diversos pensamentos, incluindo a noção de sujeito (MORIN, 2007).

Longevo 1 - 83 anos

Nasceu em 11 de outubro de 1928, com a ajuda da parteira, em um sítio no interior do Paraná. A propriedade pertencia à família, a casa era um rancho coberto com sapé, cercado de pau a pique. Os pais eram lavradores, tiveram sete filhos: duas mulheres e cinco homens. A mãe era farinheira. Sua mãe cuidava dos filhos com muito amor e carinho. As doenças eram tratadas com chás e remédios caseiros, para dor de dente, ela usava matricália. Também utilizava água benta e chás de raízes, além de levar à benzedeira. Até completar sete anos ele ficava no rancho cozinhando feijão, enquanto os pais iam para a roça.

Quando tinha sete anos o pai faleceu (infarto), trabalhando no meio do mato, nessa época não tinham acesso à assistência médica. Com a morte do pai, passou a acompanhar a mãe na roça, limpando, carpindo e colhendo o que produziam. O primeiro estudo foi aos doze anos, mas durou pouco tempo, aos 14 uma nova tentativa em uma escola particular, pagava mil réis para uma professora. Estudou por quatro meses, aprendeu a fazer continhas, somar e diminuir. Parou por aí, pois precisava ajudar a mãe.

Gostava muito de bailes, bebida e fumo, mesmo depois que se casou, continuou com esses hábitos. Em 1954 decidiu organizar sua vida e libertar-se dos vícios. Teve seis filhos. Todos se criaram. Quando o menor tinha dois meses, isso em 1962, sua mulher adoeceu, foi levada para a cidade mais próxima para atendimento médico, mas não resistiu e faleceu de febre puerperal. Ficou viúvo por dois anos e tornou a casar-se, tinha então 36 anos.

Desse novo casamento, teve mais seis filhos. Em 1986, mudou-se para a Capital, ficou na casa de uma filha que já morava aqui, veio trabalhar numa firma de transportes, da capital viajou para outro estado a serviço do patrão. No seu retorno decidiu buscar a família que ficara no interior para viverem na capital. Em 1990 comprou um terreno no Bairro Alto, numa região considerada de risco, e construiu sua casa, o terreno é partilhado por filhos e netos.

Aos 66 anos aposentou-se com um salário mínimo. Como a despesa ultrapassa o que ganha de aposentadoria, voltou a trabalhar, primeiro produzindo e vendendo verduras, e depois se instalou como vendedor ambulante de doces. A segunda mulher adoeceu, teve derrame há nove anos, e necessita de auxílio para a realização das atividades básicas, possui também sob sua responsabilidade um filho

com problema de saúde (epilepsia) desde os três anos de idade. Uma das filhas do primeiro casamento que mora nos fundos, é quem ajuda no cuidado à madrastra doente.

O longo tempo agradece a Deus por ter saúde, e não precisar tomar medicamentos. Participa e ajuda na organização e divulgação das atividades promovidas pela UBS, como passeios e festas. Afirma ser feliz, pois quando era jovem parou de fazer o que era errado, hoje se sente bem, servindo a Deus, e tendo amizade com todo o povo. Confessa seu temor e amor a Deus (é evangélico), e considera sua missão a evangelização. Sua mãe faleceu aos 75 anos, desconhece a causa.

Longeva 4 - 83 anos

Nasceu em uma chácara, no sul de Minas Gerais, na Serra da Canastra, onde nasce o Rio São Francisco. Seus pais tiveram seis filhos. A mãe sabia ler muito bem, o pai, não. Perto de completar um ano teve pneumonia. Como o lugarejo era pequeno e não havia médico, por sugestão de sua tia materna foi tratada com emplastro de fubá. Diz que a vida era muito dura, sua mãe criava galinhas, vendia e comprava sacos de trigo, primeiro alvejava, depois tingia para fazer as roupas dos filhos. O calçado que usavam eram tamancos comprados na venda. Seu trabalho era dar milho às galinhas todas as manhãs.

O pai plantava milho, mandioca, batata, abóbora, batata doce, a alimentação da família era preparada no fogão a lenha. Aos sete anos foi para a escola, nessa época estava começando a segunda guerra mundial, o Brasil exportava comida. Não havia farinha para fazer o pão, era só fubá. Na escola aprendeu a ler e escrever, concluiu o curso primário aos onze anos, e após interrompeu os estudos. Os pais não tinham condições financeiras para enviar os filhos à outra cidade para continuarem a estudar.

Na chácara que moravam havia muito barbeiro, eles se escondiam no estrado das camas. A cada quinze dias, as camas e os colchões eram levados para fora de casa, e escaldados com água quente, sabão e álcool. Quando tinha treze anos o pai vendeu o sítio em Minas e comprou outro no Norte do Paraná. Permaneceram por pouco tempo e mudaram para São Paulo, onde já moravam alguns parentes do pai.

Com quatorze anos, para ajudar os pais, começou a trabalhar na Santista, uma firma de fios de lã. Em 1948, sua mãe faleceu de infarto, o pai casou novamente, e os filhos do primeiro casamento foram para a casa de parentes. Morou por mais de dez anos com uma tia. Conheceu o marido aos 24 anos e casou com 26, teve três filhos em hospital público. Depois de casada ficou em casa, fazia todo o serviço caseiro e cuidava dos filhos. O marido foi da construção civil, trabalhou como pedreiro.

Veio para Curitiba, pois um dos filhos residia aqui. A casa que mora agora é de um dos filhos que reside na casa dos fundos. Para o sustento conta com sua aposentadoria, e a do marido (dois salários mínimos). É evangélica e participa das atividades de sua igreja. Sente-se segura, mesmo quando está sozinha, pois Deus é sua companhia. Viaja com frequência para Minas, e também para S. Paulo, onde reside a família do outro filho. Está casada há 55 anos. Seu pai faleceu aos 76 anos com diagnóstico de esquistossomose e uma irmã com o mesmo diagnóstico aos 74 anos.

Longeva 8 - 94 anos

Nasceu em um sítio, no interior paulista, era a sexta de doze filhos. No seu nascimento o frio era tão intenso, que a água armazenada nos barris congelava, foi necessário quebrar o gelo e aquecer a água, para depois banhá-la. O parto foi realizado pela tia que era parteira, não havia assistência médica, utilizava-se de remédios caseiros (chá de ervas), quando necessário. Moravam em uma casa feita de barrotes, cortava-se a madeira, e enterravam-se os barrotes um ao lado do outro, rebocava-se com barro por dentro, e cobria-se de sapé.

Próximo a casa havia um riacho que servia para a mãe lavar a roupa, pegar água para tomar e cozinhar, e para a família nadar aos domingos. O pai cuidava da criação de animais como: burros, cavalos e vacas. Com quatro anos começou a ajudar a plantar batatinha, feijão, arroz, café, aprendeu a semear e colher. Relata uma vida muito dura e pobre, os colchões eram feitos com os sacos de mantimentos de 50 kg, que compravam na cidade e para enchê-los utilizavam palha de milho. A alimentação era à base de carne seca, arroz e o café socado no pilão, muito milho verde, pamonha, muito curau, e ervas do mato.

Relata a severidade do pai na educação dos filhos, esse tratava o couro das vacas que matava, para fazer reios compridos (rabo de tatu) utilizados na condução dos animais, e também para corrigir a desobediência dos filhos. Era costume da época, a filha lavar os pés do pai, contudo se ela o fizesse de forma brusca, ele empurrava a bacia e ela caía de costas, a água molhava a roupa e o chão, e ela sem reclamar tornava a encher a bacia e recomeçava sua tarefa. Aos sete anos o pai a presenteou com uma carabina, aprendeu a caçar com ele, matavam paca, cotia, capivara e outros bichos do mato, para variar o tipo de carne que comiam: galinha, vaca e porco.

Em 1932, no tempo da revolução dos mineiros e dos paulistas, possuíam uma fazenda própria. Os mineiros invadiram e tomaram tudo, precisaram fugir em um trem blindado e foram trabalhar com outras famílias em uma grande fazenda. O trabalho nessa fazenda consistia em plantar, colher, limpar e socar café. A mãe ficava em casa com os menores e os maiores acompanhavam o pai na lavoura. No início passaram fome e dormiam no chão. Durante a semana o trabalho era duro, mas aos domingos as crianças se reuniam e brincavam de roda, cantigas, pique esconde, e outras mais.

Aos doze anos ingressou na escola, distante 5 km da fazenda, o trajeto era realizado a pé, e se chegasse quando a fila já havia entrado, recebia palmatórias. Estudou somente por três meses, aprendeu a ler, escrever e fazer contas, o pai impediu que continuasse estudando, pois precisava de ajuda no trabalho. Aos 18 anos mudou para a cidade, foi trabalhar em serviço doméstico.

Aos vinte anos conheceu um viúvo, pai de três filhas, em uma igreja evangélica que frequentava. Nessa época as mães não conversavam com as filhas a respeito do que era o casamento. Casou, e criou as três filhas do marido. Engravidou quatro vezes, um filho morreu ao nascer (demora no parto), outro abortou ao cair do cavalo, e dois se criaram.

Com 75 anos veio para a capital para ajudar a cuidar dos netos, morava em uma casa nos fundos do terreno do filho. O marido faleceu no dia 23 de outubro de 1984 de infarto. O casamento perdurou por 45 anos muito bem vividos. Após a morte do esposo, procurou outro lugar para morar, pois o antigo lhe trazia muitas lembranças. Os dois salários mínimos, um de pensão e outro de aposentadoria, considera insuficiente para manter-se independente dos filhos. Para aumentar a renda passou a vender *lingerie* e cosméticos.

Fez cirurgia de catarata por meio da UBS, e ficou na casa da filha cinco meses para se recuperar. Tem um bom relacionamento com os filhos e netos, vivem em paz todo o tempo. Mostra cuidados com a saúde, vai ao posto, consulta, verifica a pressão, não precisa tomar nenhuma medicação. Procura se alimentar bem, faz caminhadas. Participa de oficina da memória semanalmente, e das atividades promovidas na comunidade religiosa.

Longevo 10 - 83 anos

Nasceu num lugarejo perto da Lapa, com a ajuda da parteira da região. O pai era negro e a mãe descendente de russos, tiveram cinco filhos. O pai foi escravo, mas já havia sido alforriado quando casou. Quando tinha três meses o pai que trabalhava como guarda-chaves na Viação Férrea foi transferido para Rebouças, foi registrado e viveu parte de sua infância nesta cidade. Criou-se comendo muita chicória e polenta.

Nessa época não havia assistência médica, utilizava-se de remédios caseiros (chá de ervas), quando necessário. Com nove anos começou a trabalhar, sua primeira ocupação foi de sapateiro, confeccionava sapatos, botas e sandálias. Depois foi passar filmes no único cinema da cidade, para alcançar o aparelho precisava subir em uma caixa. Trabalhou com italianos, alemães e poloneses, se dava bem com todos. Começou a estudar no grupo escolar, estudou um bom tempo, interrompeu quando seu pai foi novamente transferido de cidade.

Os únicos serviços que havia nesse local eram para trabalhar na pedreira ou na lida da roça. Optou inicialmente pelo trabalho na roça com os poloneses. Nessa época teve a primeira namorada, a filha do dono da roça, o tempo passou e o namoro acabou. Mudou de trabalho e foi para a pedreira. Quando faltavam 20 dias para servir o Exército em outra cidade, ocorreu um desmoronamento na pedreira, ficou soterrado por terra e pedras. Foi socorrido por amigos, mas deslocou a clavícula, como não havia médico na região, foi levado ao “curador do mato”, que o imobilizou utilizando pedaços de taquara.

No dia marcado para pegar a “Maria Fumaça”, retirou as bandagens, fez a mala e foi para o exército, ainda sentia muita dor. Quando chegou foi direto para a enfermaria do quartel e permaneceu em tratamento por nove dias. Seu serviço era percorrer o interior do Paraná, os campos de Guarapuava, ajudando no transporte

de burros, que puxavam os carros pipa do exército, parte do percurso era por trem, e outra a pé. Na época que servia, seu superior protelou o aviso de que seu pai estava doente, ficou bastante irritado com o fato. Foi visitar seu pai, mas este acabou falecendo, pediu baixa e não retornou mais ao quartel.

Após a saída do Exército, trabalhou na Rede Viação por mais de um ano, quando foi realizar o exame de efetivação, não passou no exame de vista. Arrumou emprego no armazém da Rede, já trabalhava nesse local há nove anos quando casou. Teve quatro filhos que faleceram nos primeiros anos de vida, e os médicos não explicavam o motivo. Desgostou-se, e por várias vezes tentou suicídio, mas sempre o acudiram. Aceitou o convite de uma tia, e veio para Curitiba acompanhado da esposa para tentar esparecer.

Passou muita necessidade no início, pois vivia de favor, numa meia água que pertencia à tia. Nessa época descia a serra para cortar lenha e vender na cidade. Aos domingos trabalhava segurando cavalos no Prado Velho, e a esposa conseguiu emprego de cozinheira em uma pensão da Rede Viação. Como a Tia pediu a casa para alugar, procurou outro canto para morar. Em Curitiba nasceram mais quatro filhos, além desses adotaram cinco. Arrumou emprego na Prefeitura no setor de transportes, trabalhou nesse local por 35 anos, sete meses e dez dias, até se aposentar em 1975.

Continuou prestando serviço à Prefeitura por meio de uma locadora por mais seis anos, e finalmente, pelo mesmo período, trabalhou em um supermercado. Neste ínterim a esposa adoeceu, cuidava dela quando chegava do trabalho, pois não podia contar com a ajuda dos filhos. Sua companheira faleceu de câncer. Dos filhos do primeiro casamento tem 30 netos e onze bisnetos. Após três meses de viuvez arrumou outra mulher na congregação evangélica que frequentava. Do segundo casamento que durou cinco anos, não teve filhos, separou-se e posteriormente a segunda mulher faleceu de infarto.

Quando ocorreu a separação foi morar com uma viúva que já conhecia há 35 anos, esta relação já dura há sete anos. Formou uma nova família com os filhos e netos da terceira mulher. Um filho dela mora na casa da frente, a filha mora nos fundos, e a outra em um bairro próximo. Começou a fumar cachimbo escondido dos pais aos quinze anos e fuma cigarro até hoje, diz não possuir nenhuma doença relacionada ao uso do tabaco. Os pais fumaram cachimbo toda a vida, o pai faleceu dois dias antes de completar 100 anos e a mãe aos 98. Tem diabetes, faz controle

alimentar e toma medicação, não faz uso de insulina, para as dores na coluna causadas por artrose não toma medicação.

Toma chimarrão todo o dia, com chá de ervas – espinheira santa para o diabetes acrescenta casca de laranja e erva cipó. Procura se movimentar, leva as netas da mulher para a escola, cuida do jardim, vai pescar em Morretes, desce a estrada da Graciosa, sempre dirigindo, renovou a carteira de motorista recentemente. É evangélico e a mulher é católica, um respeita a religião do outro.

Longeva 12 - 83 anos

A Longeva nasceu em 1929, no estado do Espírito Santo em São José do Caparaó na zona rural. Seu parto foi realizado pela parteira “da roça”, teve quatro irmãos - duas mulheres e dois homens. O pai trabalhava na roça, assim como os outros moradores da região, trabalhavam em parceria, um ajudava o outro. A mãe permanecia em casa e cuidava dos filhos. Para a alimentação tinham: arroz, feijão, café, e todo tipo de verdura, e comiam de tudo, mesmo que não quisessem. Não havia médico, quando adoeciam tomavam remédio caseiro.

Aprendeu a ler, escrever e fazer contas com uma professora contratada por um amigo de seu pai para ensinar as crianças da redondeza. Em 1946, quando tinha 10 anos, os pais se separaram. Permaneceu na companhia do pai, dois irmãos e a madrasta. A mãe grávida do quinto filho ficou com a menina mais nova. Nessa época a família saiu do Espírito Santo para uma cidade no interior de Minas Gerais. Migrou para a capital em busca de emprego, foi trabalhar na casa de uma família como empregada doméstica, recomendada por seu tio.

Quando o pai mudou novamente, para uma cidade próxima ao Rio de Janeiro, permaneceu na casa dos patrões, ficou por 30 anos, até o falecimento de sua patroa. Após esse evento, em 1970, veio para Curitiba indicada para trabalhar na casa de parentes da família mineira. Durante sete anos cuidou da sogra do dono da casa, em sua residência. Após esse período, construíram uma casa no Bairro Alto, para as duas morarem. Cuidou da sogra do patrão até o seu falecimento aos 92 anos.

Aposentou-se por idade em 1989, recebe um salário mínimo, parte retira para as despesas do mês, e outra deposita na poupança. Continuou a morar na casa sem pagar aluguel, pois isso ficou acordado com o antigo patrão. Precisa arcar

com o pagamento de água, luz e a manutenção da casa. Usa anti-hipertensivo e diurético, pega no posto de saúde, salienta que às vezes falta, e precisa comprar na farmácia. Sua alimentação é composta por: arroz, feijão, carne de galinha, peixe, verduras, pão integral, leite, manga, tudo que faz bem para a saúde. Toma conta do quintal, planta cebolinha, espinafre, couve. Também corta a grama, se movimenta para não ficar doente e para se distrair. Gosta de ir ao salão de beleza, cortar o cabelo e fazer as unhas.

Depois que veio para o sul, não teve mais notícias da família. Há 25 anos mora sozinha. Gosta de levar uma vida solitária, não se casou nem teve filhos. Procura se relacionar bem com os vizinhos, pois um dia pode precisar da ajuda deles. É católica, mas não vai à missa com frequência. Em sua oração diária, agradece a Deus pelo pão de cada dia pela saúde e segurança.

Longeva 17 - 80 anos

Nasceu em um sítio localizado em Santana dos Olhos D'água no Estado de São Paulo. Os pais eram descendentes de italianos e portugueses. É a terceira de oito filhos, todos nasceram no sítio com a ajuda de parteira. Quando tinha doze dias de vida sua mãe encontrou uma cobra em seu berço. No último dia da dieta, a mãe teve uma recaída, ficou paralisada, e não queria mais cuidar da filha. O pai chamou o curandeiro benzedor da região, e para ela melhorar ele recomendou o uso do tabaco. A mãe também fez promessa a Santa Lúcia. Ainda pequena teve pneumonia e foi tratada com medicação caseira.

Quando tinha cinco anos, o pai ficou surdo, devido aos ruídos provocados pelas máquinas de beneficiamento de café. Aos sete anos a família mudou para Rolândia, no Paraná. Eles possuíam criação de porcos, o pai tomava conta da fazenda. A mãe ajudava o pai na roça, derrubava mato, e plantava, enquanto ela permanecia em casa cuidando dos irmãos menores, e também cozinhava, lavava e passava a roupa de todos.

Quando eram crianças se alimentavam de arroz, feijão, mandioca, polenta, ovos, carne de frango e porco, verduras também, alimentos cultivados pela família, sem agrotóxicos, tudo era plantado, cultivado e criado de forma natural. Não havia necessidade de comprar mantimentos. Semanalmente sua mãe com a ajuda dos filhos fazia uma fornada de pão, dez pães de cada vez. Os alimentos eram

preparados no fogão à lenha construído com tijolos e barro. Lembra que com sete anos, colocava um banquinho para poder alcançar o fogão e cozinhar.

Não teve oportunidade para estudar, somente os irmãos menores frequentaram a escola, os mais velhos precisavam trabalhar. Quando era solteira, fazia o serviço da casa, tirava leite e cuidava dos irmãos menores. Aos 17 anos começou a namorar, naquela época morava no sítio, e era costume casar cedo.

Casou com 18 anos e meio com um rapaz muito bom, que não possuía vícios, não bebia, não jogava, era só trabalhar. Não teve escola também, ele não sabia ler, desde seu nascimento tinha reumatismo. Quando casou continuou morando com seus pais. Depois de casada passou a ajudar o marido no trabalho da roça. Teve quatro filhos todos nasceram no sítio com a ajuda de parteira.

No sítio os cuidados à saúde eram realizados pelo curandeiro e quando tinham gripe ou dor de barriga, utilizavam chás caseiros, principalmente de poejo, e limão com mel. Carregava a filha mais velha numa bacia e ela dormia embaixo dos pés de café. Plantavam café para vender, e arroz, feijão, verduras, criavam galinhas, porcos para comer. Levantava cedo para tirar o leite das vacas. Os 72 pés de café eram aguados manualmente, a água era transportada em dois baldes sustentados nas costas. Ajudava a transportar o café para o terreiro, a secar, amontoar, e socar. Sempre esteve exposta ao sol sem proteção, afirma que a falta de cuidado resultou em câncer de pele.

Sua mãe morreu muito jovem, aos 57 anos de angina. Com a morte da mãe foi morar com o pai (deficiente auditivo) e com três irmãos menores, permaneceu na casa do pai por três anos. Nessa época o pai conheceu uma mulher, que fora amiga de sua mãe, casaram, e ela passou a cuidar do pai e irmãos. Continuou a vida ao lado do marido e filhos.

Quando a filha mais velha tinha oito anos, foram morar na cidade, para os filhos estudarem, só cuidava de casa e costurava. Em 1972 a família mudou para Curitiba, para os filhos continuarem os estudos. O marido vendia limão e flores plásticas que ela confeccionava. Ela e a filha mais velha costuravam para uma casa de confecções. Começaram a construir um prédio com dinheiro recebido de herança, que hoje é alugado e gera renda para sua subsistência.

O marido sofreu um acidente, foi prensado contra o muro da casa por um trator da prefeitura que perdeu a direção. Não sobreviveu e faleceu com 77 anos. A longeva relata que ele já apresentava indícios da doença de Alzheimer.

Procura se alimentar de forma saudável, prepara suas refeições que incluem arroz, feijão, verduras e legumes variados - repolho, alface, chuchu, abobrinha, quiabo. Aprecia frutas como: pera, abacate, melancia, uva, come duas bananas por dia. Para o jantar faz sopa de grão de bico, sopa de verdura, com macarrão. Realiza caminhadas e ginástica, duas vezes por semana em sua igreja Santa Maria Mãe de Deus, orientada por uma professora que também trabalha no posto. Refere que a ginástica ajuda a se movimentar melhor.

Agradece a Deus pela sua vida, dos filhos, e dos netos. Por tudo que sabe fazer, especialmente trabalhos manuais. É voluntária na Associação Paranaense de Apoio à Criança com Neoplasia - APCN¹² trabalha nesse local todas as quartas feiras, costurando aventais e panos de prato, a renda proveniente das vendas ajuda as crianças com neoplasia. Trabalhou por uns anos no asilo Tarumã, com os idosos. Cuida do câncer de pele com medicina tradicional e popular. Seu pai faleceu aos 85 anos, desconhece a causa.

Longeva 19 - 80 anos

Nasceu no Estado de São Paulo, em um sítio próximo a Lins. Os pais eram descendentes de austríacos e italianos e trabalhavam em um sítio. Tiveram nove filhos - quatro mulheres e cinco homens, todos nasceram em casa com a ajuda da parteira. Quando pequenos sua mãe os cuidava só com remédios caseiros. Para qualquer tipo de dor utilizava chá com raspas de chifre de boi, também cortava pedaços do chifre e colocava no fogo, o cheiro servia para espantar cobras. Sempre foi uma criança saudável.

Os três irmãos mais velhos ajudavam o pai no cultivo da terra, plantavam arroz, feijão, milho. No sítio havia muita fruta como laranja e banana. A mãe se ocupava da criação de galinhas poedeiras, produziam muitos ovos. O pai criava porcos e cabras para consumo próprio. Os filhos foram criados com leite de cabra, quando sobrava leite a mãe fazia queijo. O pai matava o porco, e para conservar a carne que já estava frita armazenava na lata de banha (toicinho derretido). Os

¹² Associação Paranaense de Apoio à Criança com Neoplasia – APCN é uma Instituição filantrópica, sem fins lucrativos, criada em 21 de outubro de 1983. Considerada de utilidade pública federal, estadual e municipal que tem como missão a humanização do tratamento do câncer infanto-juvenil, para que todas as crianças e adolescentes tenham a oportunidade de buscar a cura da doença, independente de seu nível socioeconômico, cultural ou religioso.

alimentos eram cozidos em fogão à lenha, no qual também era assado o pão. Seu serviço era escolher feijão e buscar lenha para atear fogo na manhã seguinte. Por determinação dos pais a responsabilidade de fazer o café e tirar o leite das cabras cabia aos filhos que se revessavam semanalmente.

Nessa época somente ela teve oportunidade de estudar, acompanhava a professora para a escola que ficava em outro sítio, concluiu o primário. Quando tinha onze anos a família mudou para a chácara de um tio no Paraná. Ficou moça e foi trabalhar de empregada doméstica por três anos numa casa. Nessa época conheceu o marido, por intermédio de uma irmã que trabalhava numa fábrica de compensados junto com ele.

Naquele tempo os pais não deixavam os filhos namorar, e para sair de casa só acompanhada da mãe e dos irmãos. O namorado pegava na mão da namorada somente para dar bom dia, boa tarde! Mas não se arrepende disso, casou moça mesmo, no dia 8 de setembro de 1951, e foi morar em Londrina. Depois em Rolândia, norte do Paraná, numa chácara junto com seu pai e sua mãe.

Após três anos de casada, teve o primeiro filho em nove de setembro de 1954, foi um parto difícil, foi necessário levá-la para outra cidade onde havia hospital. Naquele tempo não falavam em cesariana, foi necessário à utilização de fórceps. Ficou muito triste, pois não tinha leite para amamentá-lo, o filho foi criado com leite de vaca. Em 1955 nasceu o segundo filho, e o terceiro – uma menina nasceu em 1957. Os partos dos dois últimos foram fáceis e realizados pela parteira. Depois do terceiro, teve uma gravidez tubária, foi necessária uma intervenção cirúrgica.

Quando veio para Curitiba morou num conjunto habitacional, e foi lá na casa de uma senhora, que aprendeu a costurar e bordar trabalhou quinze anos para ela. Os filhos eram pequenos, eles ficavam em casa sozinhos, pois o marido sempre viajava. O dinheiro que trouxeram do norte não dava para comprar uma casa, com a autorização do filho mais velho construíram uma casa nos fundos do terreno dele. A região onde mora constitui-se área de risco, pela presença constante de marginais e traficantes. A localização do terreno é próxima ao Rio Atuba, e em época de chuvas intensas, a casa é alagada, e a perda dos bens é inevitável. Afirma que se tiver que ficar sozinha à noite, não fica, pois não se sente segura.

Trabalhou por dez anos no Passeio Público, tinha um ponto de venda de doces, autorizado pela Prefeitura. No dia 28 de abril de 1993, quando ia comprar

doces foi atropelada por uma moto, o resultado foi um corte na cabeça e fratura no braço, tem três pinos no braço. Durante o tempo que trabalhou com o carrinho no Passeio Público, pagou aposentadoria como autônoma, essa é sua fonte de renda hoje - um salário mínimo. Gosta muito de atividades da terceira idade, depois que se aposentou procura participar das atividades na Igreja Santa Maria Mãe de Deus que é mais próxima de sua casa, todas as quartas-feiras das duas às cinco horas. Faz trabalhos, bordados, e crochê, participa das brincadeiras, do bingo, joga dominó. Também gosta de andar, caminha todos os dias até a vilinha, que possui uma academia para a terceira idade, faz exercícios orientados por um educador físico e volta andando para casa.

Come verduras, carne magra, usa pouco óleo no cozimento da comida. Para mal estar (estômago) usa chá de espinheira santa, remédios só sob prescrição médica. Participa todos os anos da campanha de vacinação. Como já sofreu várias quedas, agora cuida para descer de nível. O filho colocou faixas de segurança nos degraus para ela não escorregar. Sua mãe faleceu aos 74 anos e seu pai aos 80, desconhece as causas.

Longevo 20 - 81 anos

Nasceu em uma fazenda no interior do Estado de São Paulo em nove de outubro de 1931. Teve duas irmãs e três irmãos. Todos trabalhavam na plantação e colheita de café. Quando pequeno a mãe o amamentava a beira do cafezal. Com o salário mensal que o pai recebia compravam açúcar, querosene e macarrão. Para o sustento da família plantavam feijão, milho, batata, mandioca, e criavam galinhas e porcos.

Quando era pequeno e não frequentava a escola ainda, seu pai trabalhava para um fazendeiro, nessa época existiam no Brasil duas políticas - uma favorável ao governo, e outra que fazia oposição. Certo dia seu pai e outros empregados estavam reunidos à sombra da mangueira e discutiam a respeito de política, seu pai falou algo a favor de um partido, contrário ao do patrão. No dia seguinte ele bateu na porta, com o revólver à mostra, a faca e a espingarda nas costas, e disse ao seu pai para desocupar a casa até à tarde, expulsou a família da fazenda.

A família migrou para o norte do Paraná em 13 de fevereiro de 1944. Aos sete anos foi para a escola, estudou pouco (primário). A avó paterna nasceu na Itália

e o avô era mineiro. Guarda boas lembranças da infância, na volta da escola passava na casa da avó materna, que o esperava para comer bolo e tomar café.

Os filhos trabalhavam e o dinheiro era entregue nas mãos do pai. Nessa época o irmão mais velho faleceu de pneumonia. Para ajudar o pai, desempenhou várias funções: foi guia de cego, tintureiro, entregador de bebidas.

Em 1950 foi para o exército em outra localidade, ao voltar para casa ficou doente (espinhela caída), e foi tratado por um benzedor. Ainda não havia se recuperado, quando o pai comunicou que havia acertado casamento com uma moça de uma família conhecida. Disse que não iria casar, pois não tinha dinheiro, nem onde morar. Casou assim mesmo, a última palavra era do pai. Casou no dia oito de setembro de 1951. Morou na casa do pai, depois na casa do sogro, e continuou trabalhando na tinturaria.

Teve três filhos, dois meninos e uma menina. Posteriormente tirou carta de motorista e foi trabalhar com caminhão, vivia viajando. Trabalhou por 26 anos numa transportadora e quando estava próximo da aposentadoria foi dispensado, passou por situação difícil, pois havia comprado uma casa financiada, precisou vender, e mudou para a capital em 1985, onde já moravam alguns familiares. Como o dinheiro que trouxe do norte não dava para comprar uma casa, construiu uma pequena moradia nos fundos do terreno de um dos filhos.

A região onde mora constitui-se área de risco, pela presença constante de marginais e traficantes. A localização do terreno é próxima ao Rio Atuba, e em época de chuvas intensas, a casa é alagada, e a perda dos bens é inevitável. Mesmo depois da aposentadoria (um salário mínimo) continuou trabalhando, organizou uma oficina na área da casa, e ultimamente conserta máquinas de lavar roupa.

É católico, possui uma tatuagem de Nossa Senhora Aparecida sua santa protetora. Está se recuperando de cirurgia recente da vesícula, e de um resfriado, mantém cuidados com a saúde: o uso correto da medicação para hipertensão, para a próstata, e alimentação adequada (restrição de sal); Realiza caminhadas; mantém as amizades cultivadas com o pessoal da loja de peças para máquinas de lavar. O pai faleceu com 86 anos (bronquite) e a mãe aos 80 anos (hipertensão).

6 AS ETAPAS DE ANÁLISE DAS NARRATIVAS SEGUNDO FRITZ SCHÜTZE

6.1 ANÁLISE FORMAL DO TEXTO - 1ª ETAPA

Nesta primeira etapa realizou-se a transcrição das vinte entrevistas e a seleção e ordenamento das passagens narrativas que descrevem a sequência dos acontecimentos de cada história de vida (marcadores de finalização e início de um novo segmento). Para exemplificação é apresentada a primeira trajetória correspondente ao Longevo 1:

| Análise Formal do Texto |
|--|
| <p>[1 - início] No começo eu ficava no rancho cozinhando feijão, minha mãe roçava junto com meu pai. Meus pais colhiam e estocavam milho em um paiol construído por nós, guardavam ali para passar o ano, até encontrar o outro ano. Também, criavam porcos e galinhas. Minha mãe era farinha, ela colocava o milho no monjolo, socado na água no cocho, o monjolo levanta, bate e fica moendo o milho. Nosso alimento provinha da terra, o que sobrava era vendido para outro que precisava. Assim sobrevivíamos com o dinheiro das vendas, vendia um porquinho, vendia uma galinha, daí comprávamos outras coisas que a terra não produzia, numa cidade próxima. Nessa época, meu pai morreu, ele acabou falecendo lá no mato, problema do coração, trabalhou o dia todo até às 5 horas da tarde. Foi preciso duas pessoas para trazê-lo lá do mato para o paiol da roça. Isso aconteceu em 15 de setembro de 1935. Não havia médico perto, para socorrer quando precisava. Com a morte do meu pai, passei a ajudar minha mãe na roça, ficamos plantando por ali. Nosso tempo de brincar era aos domingos, mas de segunda a sábado sempre trabalhando, acompanhando a mãe na roça, limpando, carpindo e colhendo e assim por diante [1-finalização].</p> |

QUADRO 1 - ANÁLISE FORMAL DO TEXTO DA NARRATIVA DO LONGEVO 1.

FONTE: SCHÜTZE (2010).

6.2 DESCRIÇÃO ESTRUTURAL DO CONTEÚDO - 2ª ETAPA

Analisou-se minuciosamente cada segmento das narrativas para identificação de estruturas processuais do curso de vida, que foram observadas em situações culminantes, episódios entrelaçados, pontos dramáticos de transformação ou mudança, desenvolvimento de ações planejadas ou realizadas, e passagens descritivas ou argumentativas. Para um melhor entendimento do processo

apresenta-se a descrição estrutural do conteúdo ancorada novamente na primeira trajetória do Longevo 1:

| Descrição Estrutural do Conteúdo | |
|--|---|
| <p>[1 - início] No começo eu ficava no rancho cozinhando feijão, minha mãe roçava junto com meu pai. [Construção de fundo] Meus pais colhiam e estocavam milho em um paiol construído por nós, guardavam ali para passar o ano, até encontrar o outro ano. Também, criavam porcos e galinhas. Minha mãe era farinheira, ela colocava o milho no monjolo, socado na água no cocho, o monjolo levanta, bate e fica moendo o milho. [Passagem descritiva] Nosso alimento provinha da terra, o que sobrava era vendido para outro que precisava. Assim sobrevivíamos com o dinheiro das vendas, vendia um porquinho, vendia uma galinha, daí comprávamos outras coisas que a terra não produzia, numa cidade próxima. [2 - ponto dramático] Nessa época, meu pai morreu, ele acabou falecendo lá no mato, problema do coração, trabalhou o dia todo até às 5 horas da tarde. Foi preciso duas pessoas para trazê-lo lá do mato para o paiol da roça. Isso aconteceu em 15 de setembro de 1935, não havia médico perto, para socorrer quando precisava. [2- situação culminante] Com a morte do meu pai, passei a ajudar minha mãe na roça, a gente ficou plantando por ali. Nosso tempo de brincar era aos domingos, mas de segunda a sábado sempre trabalhando, acompanhando a mãe na roça, limpando, carpindo e colhendo e assim por diante [1-finalização].</p> | <p>Categorias analíticas</p> <p>1ª Trajetória</p> <p>Passagem Descritiva</p> <p>O alimento provinha da terra, da criação, e das vendas.</p> <p>Ponto Dramático</p> <p>Morte inesperada do pai.</p> <p>Situação Culminante</p> <p>Necessidade de ajudar a mãe no trabalho que era realizado pelo pai.</p> |

QUADRO 2 - DESCRIÇÃO ESTRUTURAL DO CONTEÚDO DA NARRATIVA DO LONGEVO 1.
FONTE: SCHÜTZE (2010).

6.3 ABSTRAÇÃO ANALÍTICA - 3ª ETAPA

Neste segmento identificaram-se as expressões estruturais abstratas das trajetórias de oito longevos, para apoiar a reconstrução da história de vida na relação sistemática entre cada período ou trajetória até a atualidade.

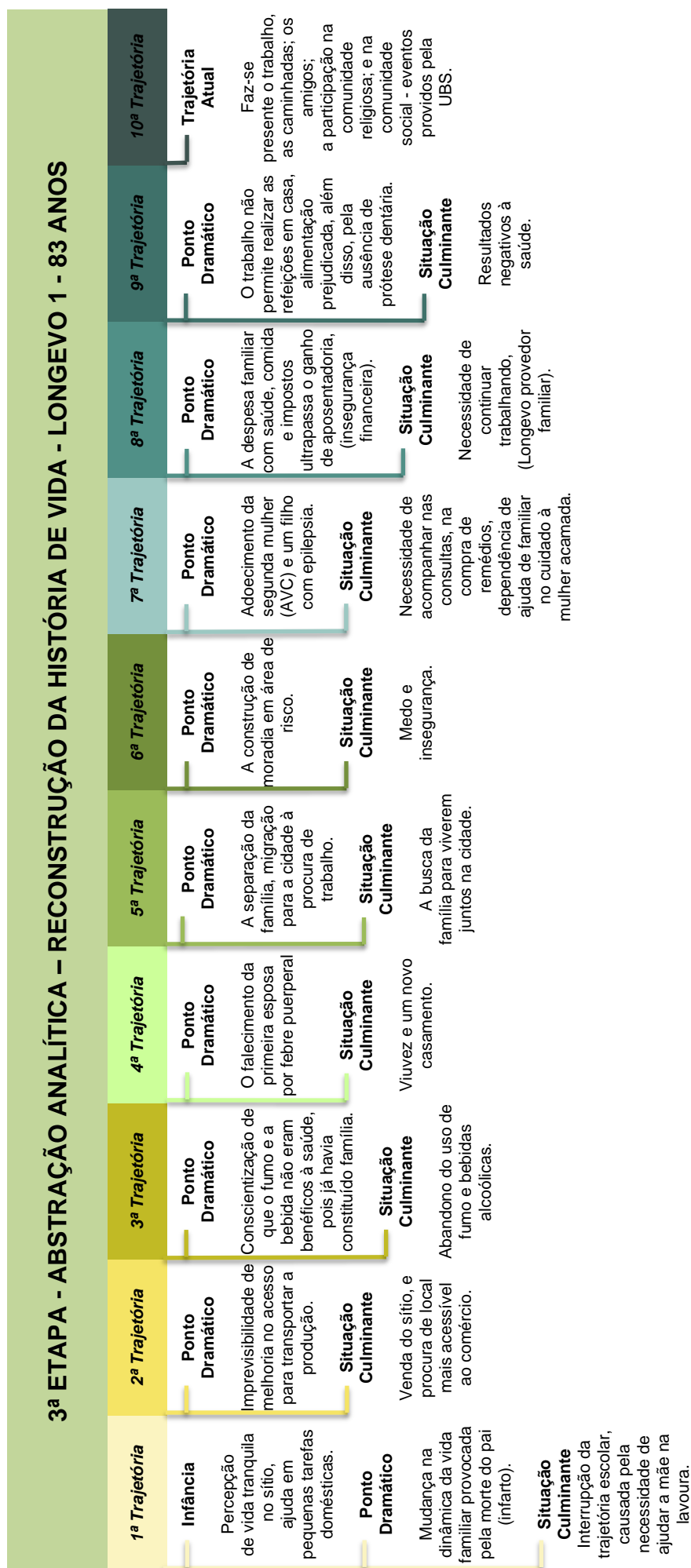


FIGURA 5 - RECONSTRUÇÃO DA HISTÓRIA DE VIDA - LONGEVO 1.

FONTE: WILLIG, M. H. AS HISTÓRIAS DE VIDA DOS IDOSOS LONGEVOS DE UMA COMUNIDADE: O ELO ENTRE O PASSADO E O PRESENTE. CURITIBA, 2012.

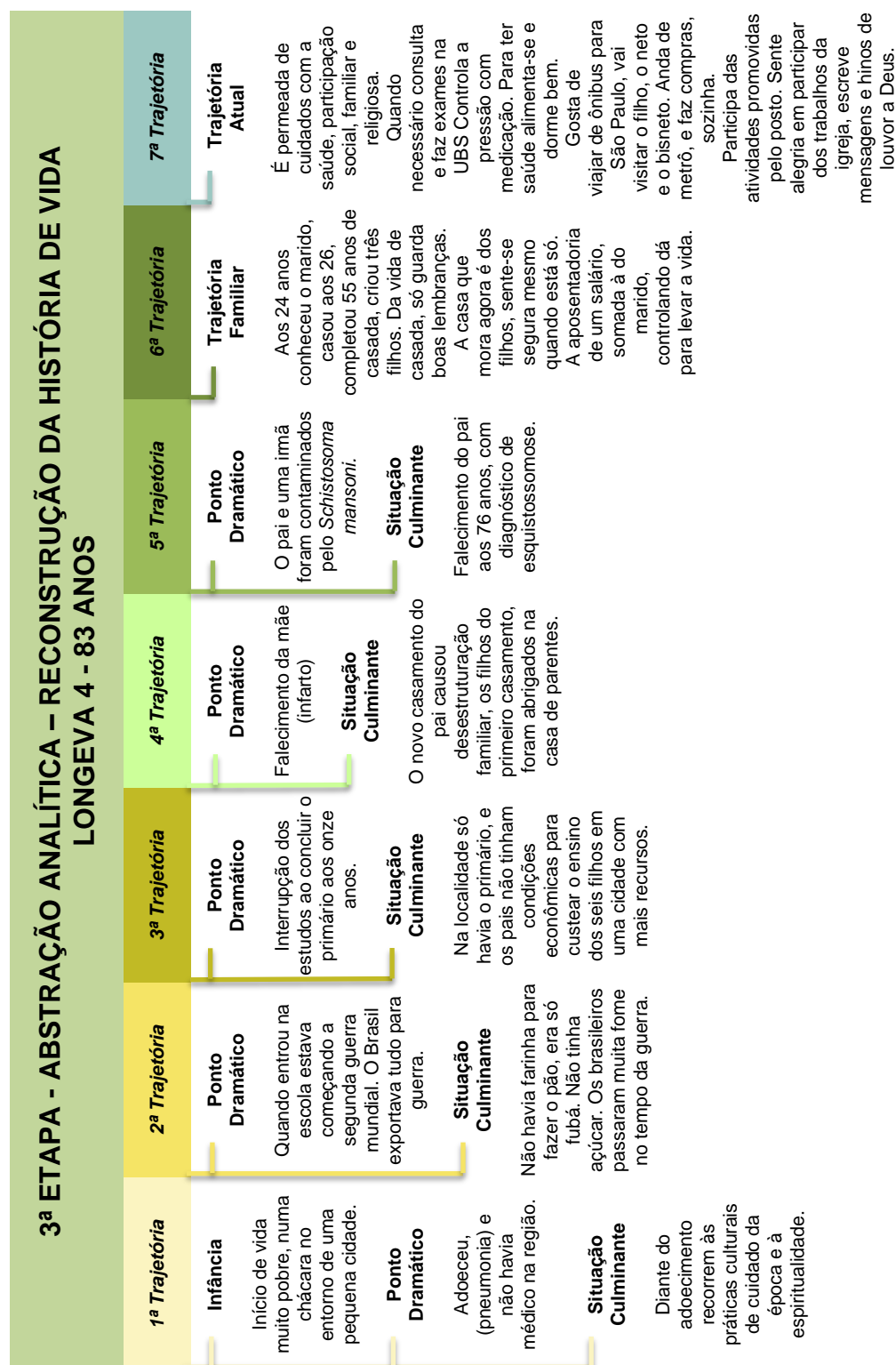


FIGURA 6 - RECONSTRUÇÃO DA HISTÓRIA DE VIDA - LONGEVA 4.

FONTE: WILLIG, M. H. AS HISTÓRIAS DE VIDA DOS IDOSOS LONGEVOS DE UMA COMUNIDADE: O ELO ENTRE O PASSADO E O PRESENTE. CURITIBA, 2012.

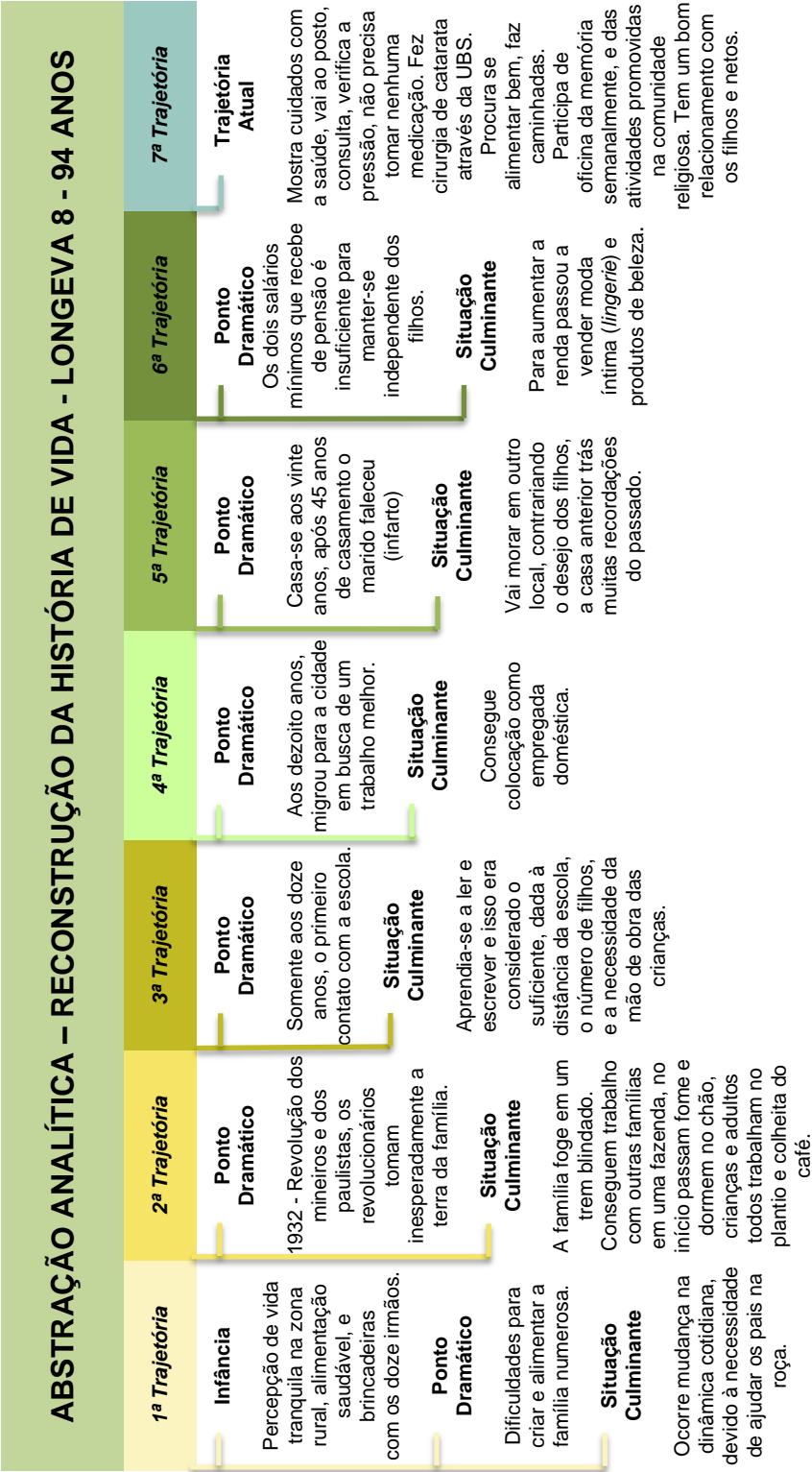


FIGURA 7 - RECONSTRUÇÃO DA HISTÓRIA DE VIDA - LONGEVA 8.
FONTE: WILLIG, M. H. AS HISTÓRIAS DE VIDA DOS IDOSOS LONGEVOS DE UMA COMUNIDADE: O ELO ENTRE O PASSADO E O PRESENTE. CURITIBA, 2012.

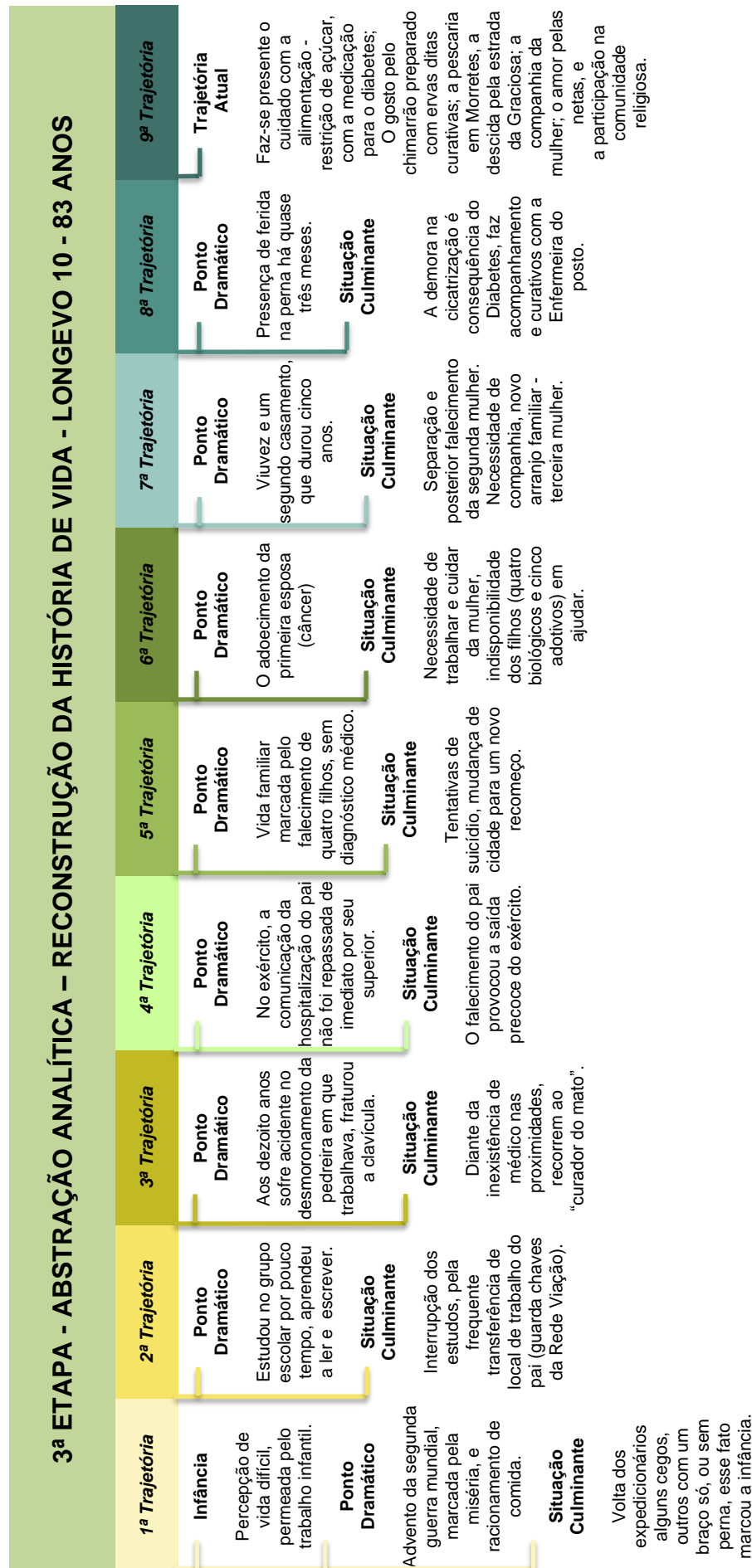


FIGURA 8 - RECONSTRUÇÃO DA HISTÓRIA DE VIDA - LONGEVO 10.

FONTE: WILLIG, M. H. AS HISTÓRIAS DE VIDA DOS IDOSOS LONGEVOS DE UMA COMUNIDADE: O ELO ENTRE O PASSADO E O PRESENTE. CURITIBA, 2012.

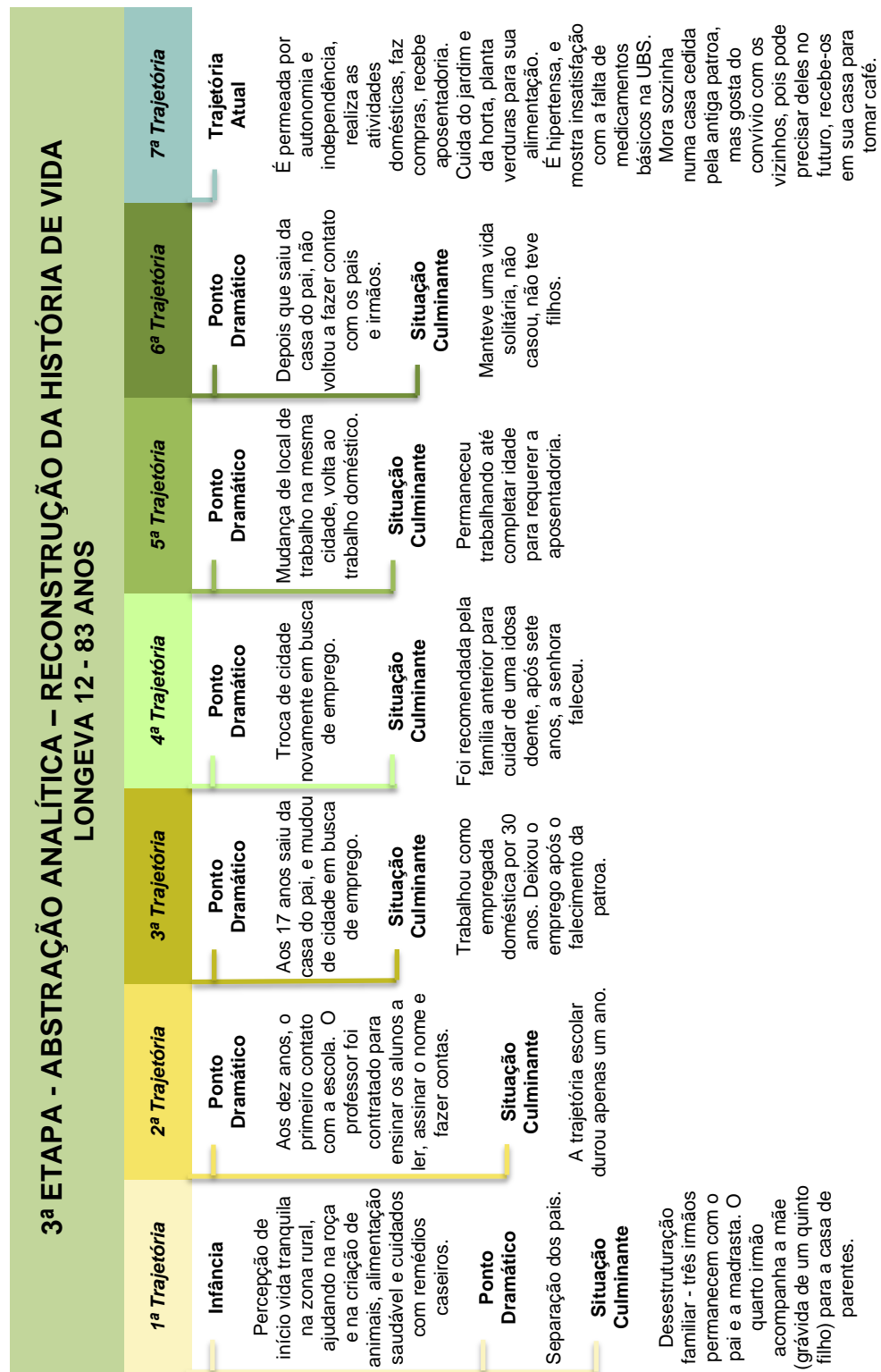


FIGURA 9 - RECONSTRUÇÃO DA HISTÓRIA DE VIDA - LONGEVA 12.

FONTE: WILLIG, M. H. AS HISTÓRIAS DE VIDA DOS IDOSOS LONGEVOS DE UMA COMUNIDADE: O ELO ENTRE O PASSADO E O PRESENTE. CURITIBA, 2012.

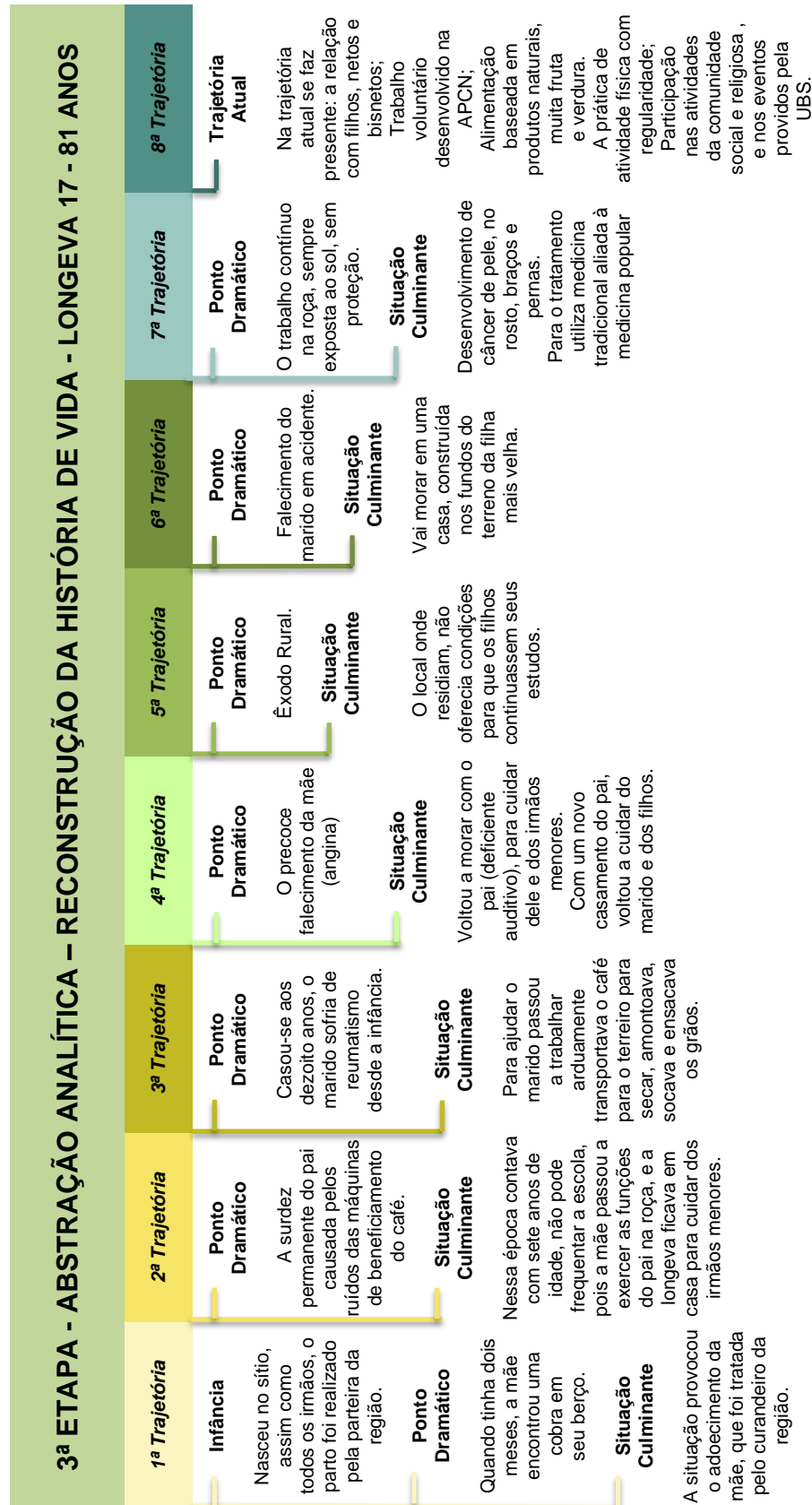


FIGURA 10 - RECONSTRUÇÃO DA HISTÓRIA DE VIDA - LONGEVA 17.

FONTE: WILLIG, M. H. AS HISTÓRIAS DE VIDA DOS IDOSOS LONGEVOS DE UMA COMUNIDADE: O ELO ENTRE O PASSADO E O PRESENTE. CURITIBA, 2012.

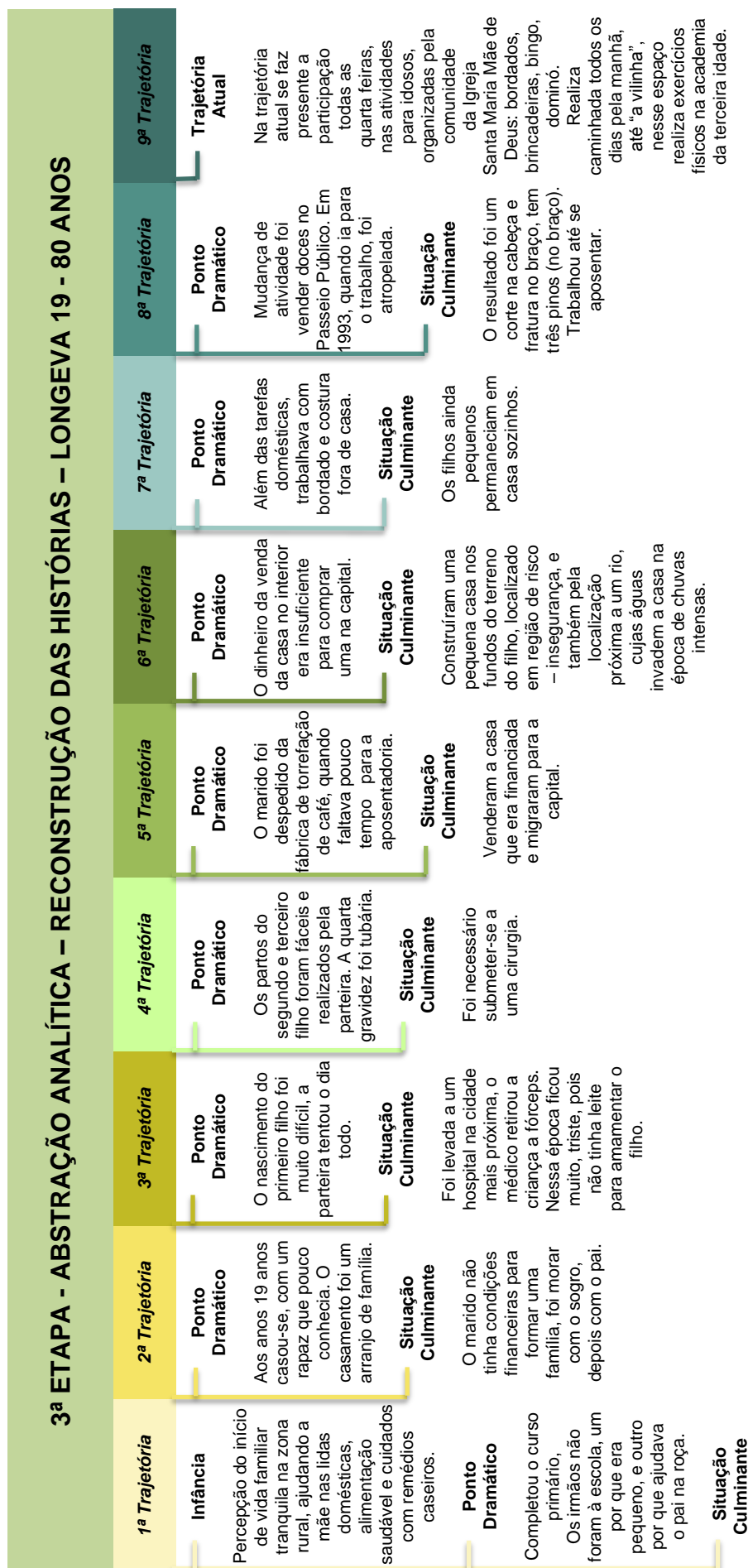


FIGURA 11 - RECONSTRUÇÃO DA HISTÓRIA DE VIDA - LONGEVA 19.

FONTE: WILLIG, M. H. AS HISTÓRIAS DE VIDA DOS IDOSOS LONGEVOS DE UMA COMUNIDADE: O ELO ENTRE O PASSADO E O PRESENTE. CURITIBA, 2012.

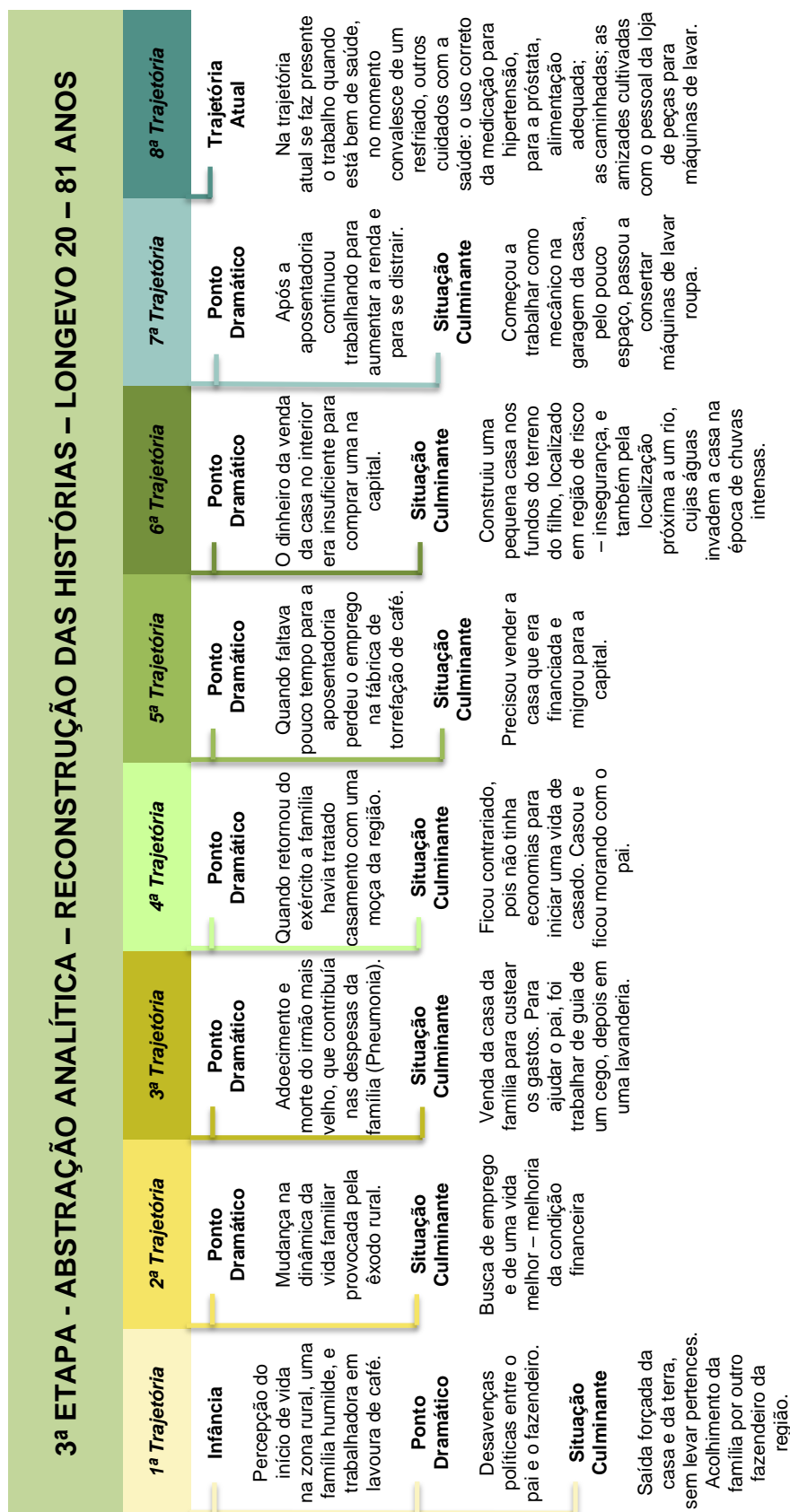


FIGURA 12 - RECONSTRUÇÃO DA HISTÓRIA DE VIDA – LONGEVO 20.

FONTE: WILLIG, M. H. AS HISTÓRIAS DE VIDA DOS IDOSOS LONGEVOS DE UMA COMUNIDADE: O ELO ENTRE O PASSADO E O PRESENTE. CURITIBA, 2012.

MARCOS DO CURSO DE VIDA

| TRAJETÓRIA DA INFÂNCIA | TRAJETÓRIA INDIVIDUAL | TRAJETÓRIA FAMILIAR | TRAJETÓRIA ATUAL | TRAJETÓRIA FUTURA |
|---|---|--|---|---|
| Longevo 1 <ul style="list-style-type: none"> • Zona rural • Família extensa • Alimentação saudável • Perda do pai • Pouco estudo • Muito trabalho | Longevo 1 <ul style="list-style-type: none"> • Trabalho • Fumo • Bebida | Longevo 1 <ul style="list-style-type: none"> • Abandono do fumo e do álcool • Trabalho • Religiosidade • Êxodo rural • Casa em área de risco • Família extensa • Viuvez – doença crônica • Novo casamento • Doença crônica da esposa | Longevo 1 <ul style="list-style-type: none"> • Aposentadoria • Trabalho/provedor familiar • Alimentação precária • Autonomia/independência • Solidariedade intergeracional • Insegurança • Participação • Caminhadas • Religiosidade • Amizades, felicidade | Longevo 1 <ul style="list-style-type: none"> • <i>Conservar o trabalho, a saúde, as amizades e a crença em Deus</i> |
| Longeva 4 <ul style="list-style-type: none"> • Zona rural • Família extensa • Alimentação saudável • Pouco estudo • Muita sabedoria • Medicina popular • Conflitos políticos • Perda da mãe • Desestruturação familiar • Êxodo rural | Longeva 4 <ul style="list-style-type: none"> • Trabalho • Religiosidade • Migração urbana | Longeva 4 <ul style="list-style-type: none"> • Casamento • Religiosidade • Migração urbana • Perda do pai aos 76 anos por doença infecciosa | Longeva 4 <ul style="list-style-type: none"> • Aposentadoria • Doença crônica • Medicina tradicional/popular • Alimentação saudável • Autonomia/independência • Solidariedade intergeracional • Segurança • Participação • Religiosidade • Lazer/Alegria/felicidade | Longeva 4 <ul style="list-style-type: none"> • Esperança de conhecer o Brasil • Servir a Deus |
| Longeva 8 <ul style="list-style-type: none"> • Zona rural • Alimentação saudável • Família extensa • Pouco estudo • Muito trabalho • Autoridade paterna • Conflitos políticos | Longeva 8 <ul style="list-style-type: none"> • Êxodo rural • Trabalho | Longeva 8 <ul style="list-style-type: none"> • Casamento • Viuvez - Perda do marido, por doença crônica • Mudança de residência • Trabalho informal | Longeva 8 <ul style="list-style-type: none"> • Aposentadoria/pensão • Trabalho informal • Alimentação saudável • Autonomia/independência • Solidariedade intergeracional • Segurança • Participação • Religiosidade • Caminhadas | Longeva 8 <ul style="list-style-type: none"> • Continuar vivendo se for a vontade da Trindade Santa, pois "Os nossos dias estão contados" |
| Longevo 10 <ul style="list-style-type: none"> • Zona rural • Família extensa • Alimentação saudável • Pouco estudo • Trabalho • Medicina popular • Migração urbana • Autoridade dos pais • Conflitos políticos | Longevo 10 <ul style="list-style-type: none"> • Trabalho • Fumo • Acidente • Medicina popular/tradicional • Serviço militar • Perda do emprego | Longevo 10 <ul style="list-style-type: none"> • Trabalho • Perda dos filhos • Migração urbana • Família extensa • Viuvez - Perda da esposa por doença crônica • Novo casamento • Separação/viuvez • Terceiro casamento | Longevo 10 <ul style="list-style-type: none"> • Aposentadoria • Fumo • Doença crônica • Medicina tradicional/popular • Adequação alimentar • Autonomia/independência • Solidariedade Intergeracional • Religiosidade • Lazer | Longevo 10 <ul style="list-style-type: none"> • Visitar lugares que não conhece (Beto Carrero) |
| Longeva 12 <ul style="list-style-type: none"> • Zona rural • Família extensa • Alimentação saudável • Pouco estudo • Trabalho • Medicina popular • Separação dos pais | Longeva 12 <ul style="list-style-type: none"> • Êxodo rural • Trabalho • Vida solitária | Longeva 12 <ul style="list-style-type: none"> • Não tem contato com os irmãos • Não casou, não teve filhos | Longeva 12 <ul style="list-style-type: none"> • Aposentadoria • Doença crônica • Medicina tradicional • Adequação alimentar • Autonomia/independência • Rede de apoio - vizinhos • Atividades de horticultura | |
| Longeva 17 <ul style="list-style-type: none"> • Zona rural • Família extensa • Alimentação saudável • Muito trabalho • Não estudou • Medicina popular | Longeva 17 <ul style="list-style-type: none"> • Trabalho | Longeva 17 <ul style="list-style-type: none"> • Êxodo rural • Trabalho • Medicina popular • Viuvez - perda do marido em acidente (já tinha doença crônica) • Mudança de residência | Longeva 17 <ul style="list-style-type: none"> • Pensão/Rendas • Trabalho voluntário • Doença crônica • Medicina tradicional/popular • Alimentação saudável • Autonomia/independência • Solidariedade Intergeracional • Segurança • Participação • Exercícios Físicos | Longeva 17 <ul style="list-style-type: none"> • Esperança de melhora da saúde |
| Longeva 19 <ul style="list-style-type: none"> • Zona rural • Família extensa • Alimentação saudável • Trabalho • Pouco estudo • Autoridade paterna • Medicina popular | Longeva 19 <ul style="list-style-type: none"> • Trabalho | Longeva 19 <ul style="list-style-type: none"> • Trabalho • Casamento • Medicina tradicional /popular • Venda da casa • Migração urbana • Nova casa em área de risco | Longeva 19 <ul style="list-style-type: none"> • Aposentadoria • Alimentação saudável • Medicina tradicional /popular • Autonomia/independência • Solidariedade Intergeracional • Insegurança • Participação • Exercícios Físicos | Longeva 19 <ul style="list-style-type: none"> • Rever o sítio onde nasceu e passou parte de sua vida • Visitar os parentes no Norte |
| Longevo 20 <ul style="list-style-type: none"> • Zona rural • Família extensa • Alimentação saudável • Pouco estudo • Trabalho • Autoridade paterna • Conflitos políticos | Longevo 20 <ul style="list-style-type: none"> • Trabalho • Doença • Medicina popular/ tradicional • Serviço militar | Longevo 20 <ul style="list-style-type: none"> • Trabalho • Casamento • Perda do emprego • Venda da casa • Migração urbana • Casa em área de risco • Novo emprego • Religiosidade | Longevo 20 <ul style="list-style-type: none"> • Aposentadoria • Doença crônica • Medicina tradicional • Adequação alimentar • Autonomia/independência • Insegurança • Caminhadas • Amizades | Longeva 20 <ul style="list-style-type: none"> • Desejo de voltar aos lugares que conheceu quando trabalhava como caminhoneiro • Rever os amigos que fez nesses lugares |

FIGURA 13 - MARCOS DO CURSO DE VIDA.

FONTE: WILLIG, M. H. AS HISTÓRIAS DE VIDA DOS IDOSOS LONGEVOS DE UMA COMUNIDADE: O ELO ENTRE O PASSADO E O PRESENTE. CURITIBA, 2012.

6.4 MARCOS DO CURSO DE VIDA

O diagrama - “Marcos do Curso de Vida” (FIGURA 12), foi construído com o intuito de agrupar e esclarecer os pontos/tópicos identificados a partir das 1ª, 2ª e 3ª etapas da análise das narrativas propostas por Schütze (2007b, 2010). Com a reordenação da sequência das narrativas que compõem as histórias de vidas dos longevos, foi possível identificar as diferentes trajetórias entre os longevos, as quais apresentam pontos semelhantes e distintos que foram analisados nas fases subsequentes - as comparações, e agrupados em categorias.

6.5 ANÁLISE DO CONHECIMENTO - COMPARAÇÃO CONTRASTIVA - 4ª/5ª ETAPAS

Na Análise do Conhecimento foram explorados os componentes não indexados, que são os aportes teóricos argumentativos ou explicativos próprios dos informantes, sobre sua história de vida e sua identidade. Esses aportes foram observados tanto nas passagens narrativas das duas partes iniciais da entrevista, como na parte argumentativa e conclusiva da entrevista narrativa, levando em consideração o fluxo dos acontecimentos, a sedimentação da experiência e a mudança entre as estruturas processuais dominantes do fluxo de vida.

Nesta fase ocorreu a comparação das narrativas individuais na busca de características, semelhantes ou não, na trajetória coletiva dos idosos. O pesquisador se desvincula do caso individual e desenvolve uma comparação de diferentes textos das entrevistas (Schütze, 2007b, 2010).

Assim se fez possível na comparação contrastiva, a partir das histórias individuais, construir uma visão coletiva das trajetórias e das experiências de vida dos longevos.

6.5.1 Comparação Mínima - Semelhanças

A comparação mínima consiste em comparar as trajetórias, e as passagens explicativas e argumentativas em busca de semelhanças que identifiquem as categorias que surgiram nas etapas anteriores da análise (Schütze, 2007b 2010). Os textos comparados incluem os fenômenos sociais relacionados ao curso de vida e a longevidade.

1 - O trabalho como subsistência da vida cotidiana

Os informantes deste estudo são na sua maioria oriunda da zona rural, e relatam a vida dura do campo, o trabalho infantil na ajuda aos pais, quer na roça, nos afazeres domésticos, e no cuidado aos irmãos menores. Os membros da família trabalhavam impulsionados por suas necessidades e exigências. A alimentação¹³ na infância é descrita como saudável justificada no fato de que não utilizavam agrotóxicos no cultivo dos alimentos, e os animais eram criados livres na natureza sem o uso de ração industrializada.

Heller¹⁴ (2008) ao discorrer a respeito da vida cotidiana afirma que essa é heterogênea, especialmente se for levada em conta a relevância das atividades realizadas pelo homem. Considera como segmentos orgânicos da vida cotidiana - o trabalho, a vida privada, os lazeres e a inserção nas atividades sociais.

O que a terra produzia era o nosso alimento, o que sobrava era vendido para outros que precisavam. Assim sobrevivíamos com o dinheiro das vendas, vendíamos um porquinho, uma galinha, daí comprávamos outras coisas que a terra não produzia. O que a gente colhia, colhia pra se alimentar, estocava milho em um paiol construído por nós mesmos, guardávamos ali para passar o ano, até encontrar o outro ano (Longevo 1).

A vida da minha família era muito dura. Meu pai plantava milho, mandioca, batata, abóbora, batata doce, estes eram os alimentos para a subsistência da família. Minha mãe criava galinhas, para comer, e também vender. Com o dinheiro das vendas comprava sacos de trigo, primeiro alvejava, depois

¹³ A alimentação tem sido ao longo da história, uma constante nas preocupações do homem. Não só para a satisfação de necessidades biológicas fundamentais, mas também, porque é fonte de prazer, de socialização e de transmissão de cultura. Por isso, o ato de comer, que engloba a forma e o tipo de alimentos, acompanha a evolução das civilizações. É um dos fatores que mais afeta a saúde dos indivíduos (MIRANDA, 2004, p. 61).

¹⁴ Agnes Heller estudou filosofia na Universidade Eötvös, nesta mesma cidade. Um dos temas mais enfatizados pela autora são as relações da ética e a vida social e o cotidiano (Heller, 2008).

tingia para fazer as roupas dos filhos. O calçado que nós usávamos eram tamancos comprados na venda. Meu trabalho quando pequena era dar milho às galinhas todas as manhãs (Longeva 4).

Com quatro anos eu comecei a ajudar a plantar alguma coisa, batatinha, feijão. Aprendi a maneira de tratar a plantação, e a colheita. Ajudei a colher muito café, arroz, muito feijão. Com o passar do tempo comecei a trabalhar na roça muito forte mesmo, porque era muita gente para criar e alimentar. E crescemos assim, comendo muita carne seca. A gente comia aquele arroz socado no pilão, no mesmo pilão era socado o café. Comíamos muito milho verde, muita pamonha, muito curau, minha mãe cozinhava em fogão à lenha. E vivíamos assim, dessas ervas do mato, comida sem veneno nenhum. Deus dava o crescimento, e era só colher (Longeva 8).

Nós sempre fomos uma família humilde, trabalhadora. Minha mãe ajudava o meu pai na roça, derrubava mato, e plantava, enquanto eu permanecia em casa cuidando dos irmãos menores, e também cozinhava, lavava e passava a roupa de todos. Quando éramos crianças nos alimentávamos de arroz, feijão, mandioca, polenta, ovos, carne de frango e de porco e verduras também, alimentos cultivados pela família, sem agrotóxicos, tudo era plantado, cultivado e criado de forma natural (Longeva 17)

O trabalho, para Arendt (2010), representa o processo biológico do corpo humano. A atividade do trabalho é compreendida como o metabolismo do homem com a natureza, visando, além da subsistência do mesmo, também a vida da espécie. A condição humana do trabalho é a própria vida. Para manter suas necessidades imediatas do corpo, o homem mantém uma condição de sujeição ao trabalho durante toda sua trajetória de vida.

2 - As famílias extensas e suas implicações

A composição de famílias¹⁵ extensas traziam implicações para a vida de seus integrantes, principalmente às crianças. O elevado número de filhos e a situação sócioeconômica e as condições dos fatores de produção não permitiam aos pais que enviassem todos os filhos à escola, ou que esses tivessem oportunidades da continuidade dos estudos em uma cidade com mais recursos.

Às vezes, quando eu vinha para cidade, passava em frente de uma escola, quando era hora do recreio, eu parava, tinha um tempo, fazia umas perguntas para o professor, escrevia e fazia contas no chão. Aprendi com o movimento do próprio mundo. Fui trabalhando e na mente eu fazia uma

¹⁵ A família faz parte da existência dos indivíduos. Tudo leva a supor que seja a mais antiga das instituições sociais humanas, que sobreviverá enquanto a espécie existir. Mas, sendo o fenômeno familiar, natural e universal, assume configurações muito distintas ao longo dos tempos e consoantes às sociedades, o que dificulta uma única definição (MIRANDA, 2004, p. 33).

conta, comprava e vendia e assim fui aprendendo, sem ter um professor (Longevo 1).

Aos sete anos fui para a escola, aprendi a ler, e escrever, conclui o curso primário aos onze anos, e após interrompi os estudos. Os meus pais não tinham condições financeiras para enviar os filhos à outra cidade para continuarem a estudar (Longeva 4).

Ingressei na escola aos doze anos, distante 5 km da fazenda. Eu realizava o trajeto a pé, e se chegasse quando a fila já havia entrado, recebia palmatórias. Estudei somente por três meses, aprendi a ler, escrever e fazer contas, depois desse período meu pai impediu que eu continuasse estudando, pois precisava de minha ajuda no trabalho (longeva 8).

Eu precisei trabalhar, por isso não tive estudo. Os meus irmãos menores estudaram. Mas eu, como era a mais velha, tinha que ficar em casa para cozinhar, lavar, e passar. A minha infância foi muito sacrificada. Tudo que eu sei fazer hoje, eu aprendi sozinha (Longeva 17)

Os pais contavam com a força braçal dos filhos, e quanto mais pessoas trabalhando, mais se produzia alimentos para sustento próprio, e para fins de trocas comerciais. A carência de políticas públicas educacionais, a inexistência de escolas locais, ou meio de transporte para permitir o acesso às escolas, distantes do local de moradia, constituem fatores que também dificultavam a continuidade dos estudos.

3 - A família patriarcal e a educação dos filhos

Nos extratos das entrevistas e que podem ser comparados, depara-se com arranjos familiares eminentemente centrados na autoridade paterna, sua severidade, temor e deveres dos filhos, remetem ao modelo de família patriarcal brasileira que teve seus primórdios na sociedade colonial e desaparecimento nos fins do século XIX.

No modelo de família patriarcal¹⁶ a autoridade era papel exclusivo do homem, e esse a exercia em relação à mulher e os filhos que lhe deviam submissão. Este poder era exercido principalmente nas famílias extensas (GUEIROS, 2002).

¹⁶ A família constituía um grupo importante movido pela necessidade de enfrentar dificuldades, especialmente os de natureza econômica. A união da família em torno do chefe - figura masculina estava centrada no esforço de cada membro por um objetivo comum: a subsistência de um bem, a exploração de uma propriedade ou a manutenção de um nível social (MÓAS, 2009, p. 68).

Meu pai era uma pessoa muito severa, eu apanhei muito com rabo de tatu, que ele mesmo fazia, apanhava por desobediência. Eu fui a filha que lavou os pés do meu pai todo o tempo. E às vezes, se machucasse um pouquinho, ele empurrava a bacia e eu caía de costas, a água derramava em cima das minhas roupas, mas tinha que voltar e continuar a fazer o trabalho (Longeva 8).

Meu pai era brabo e enérgico conosco desde pequeninhos, isto para impor nosso respeito. Naquela época a gente ajudava os pais, realizava um serviço e recebia aquelas moedinhas, no final do mês todo o dinheiro que ganhávamos era entregue em casa para o pai (Longeva 20).

Um dia eu estava ruim na cama, e escutei meu pai conversando com a minha mãe, naquele tempo os velhos não conversavam com a gente, não contavam os fatos. Quando foi de tarde meu pai parou na porta e disse que tinha tratado o meu casamento com a filha de um amigo, eu ia casar e não sabia, prevaleceu a palavra do meu pai (Longeva 20).

Na caracterização do novo arranjo familiar contemporâneo (restrito ou nuclear) resultado das transformações ocorridas nos séculos XIX e XX, ocorre maior igualdade entre os sexos, o que se opõem à configuração patriarcal ou da família extensa (Teixeira e Rodrigues, 2009). Como também nos papéis desempenhados pelo homem e pela mulher neste novo modelo.

4 - Os conflitos políticos presenciados na infância - A cultura de silêncio

Os longevos em suas narrativas expõem passagens da participação política de seus genitores, bem como as repercussões em suas vidas de conflitos no âmbito nacional e internacional. Os fatos ficaram marcados na memória dos informantes de tal forma, que esses são narrados com riqueza de detalhes.

Em 1932, no tempo da revolução dos mineiros e dos paulistas¹⁷ meus pais possuíam uma fazenda própria. Os mineiros invadiram e tomaram tudo, precisamos fugir em um trem blindado e fomos trabalhar com outras famílias em uma grande fazenda. O trabalho nessa fazenda consistia em plantar, colher, limpar e socar o café. Minha mãe ficava em casa com os menores e os maiores acompanhavam o pai na lavoura. No início passamos fome e dormíamos no chão (Longeva 8).

¹⁷ Antes da ascensão de Getúlio Vargas ao poder, o Brasil era governado pela política do café com leite, e a presidência era alternada entre as elites cafeicultoras paulistas e mineiras. Os mineiros mostravam-se insatisfeitos com a nomeação de Júlio Prestes, pois acreditavam que os paulistas eram beneficiados por contar com a administração da cafeicultura sediada em S. Paulo. Formaram uma frente de oposição conhecida como “Aliança Libertadora” apoiada por Vargas. Os paulistas descontentes deflagraram a Revolução Constitucionalista de 1932, que tinha como objetivo a derrubada do Governo Provisório e a promulgação de uma nova Constituição. Após quase três meses de combate os paulistas foram derrotados. Esse movimento constituiu o último conflito armado no Brasil, com um saldo de inúmeras mortes, sendo que muitas cidades do interior sofreram com os combates (KOBAYASHI, s/d; D’ARAUJO, 2011).

Quando eu entrei na escola estava começando a guerra¹⁸ e as professoras ensinavam muito a gente. Quem governava o país naquela época era o Getúlio Vargas nos ouvíamos a voz dele pelo rádio. No Brasil, os brasileiros passaram muita fome no tempo da guerra. O Brasil exportava tudo para a guerra. Nós não tínhamos farinha para fazer o pão, era só o fubá. Não tinha açúcar. Meu pai construiu uma engenhoca para transformar a cana cortada na chácara em garapa. A minha mãe fervia a garapa, colocava o pó de café, e coava para nós tomarmos (Longeva 4).

Naquele tempo éramos todos pequeninos, não íamos à escola ainda. Meu pai trabalhava para um fazendeiro, mas tínhamos a nossa plantação de feijão e milho. Existiam no Brasil na época do Getúlio Vargas¹⁹ duas políticas – uma favorável, e outra que fazia oposição. Certo dia meu pai com outros empregados estavam reunidos à sombra da mangueira, e discutiam sobre política, e o meu pai falou algo a favor de um partido, contrário ao partido do patrão. No dia seguinte ele bateu na nossa porta com o revólver à mostra, a faca e espingarda nas costas, e disse para o meu pai desocupar a casa até à tarde, expulsou nossa família da fazenda, mandou pegar os cacos e sumir (Longeva 20).

Os acontecimentos narrados embora diferenciados em relação à época e local onde ocorreram quando comparados apresentam semelhanças na mudança da vida cotidiana, contextualizadas nas situações difíceis e constrangedoras a que as famílias dos longevos foram submetidas, como privação de alimentos, perda da plantação que gerava a subsistência da família, e a desapropriação das terras que lhes pertenciam.

Nas chamadas “culturas de silêncio” o homem não é tido como criador de culturas, mas sim como um ente que deve ser “domesticado” e moldar-se a modelos e valores culturais que lhe são infligidos por uma minoria elitizada. O indivíduo está no mundo, mas não com o mundo. A sua função é o de mero artefato à disposição de uma cultura que não lhe pertence e não o de criador de culturas por meio de suas ações transformadoras da realidade (OLIVEIRA *et al.*, 1985, p. 110).

¹⁸ A população civil brasileira sentiu os efeitos da Segunda Guerra Mundial, pois durante o conflito, ocorreu racionamento de alimentos e de combustível, o que obrigava as famílias a enfrentarem extensas filas para comprar pão. Para substituir a gasolina foi utilizado o gasogênio fabricado a partir do carvão vegetal (VILELA, 2012).

¹⁹ Em 1943, os mineiros exigiram o fim do “Estado Novo” (instituído pelo regime ditatorial de Getúlio Vargas) e a volta da democracia. Por conta de uma emenda constitucional proposta por Vargas, foi permitida a criação de partidos políticos e o anúncio de eleições para 1945. Os principais partidos políticos brasileiros atuantes na década de 1940 a 1960 foram: a UDN (União Democrática Nacional), que fazia oposição a Vargas; o PSD (Partido Social Democrático) aliado de Vargas, e o PTB (Partido Trabalhista Brasileiro) criado por Getúlio Vargas (CPDOC - FGV, 2012; D'ARAUJO, 2011).

5 - A utilização de práticas culturais de cura como alternativa no cuidado à saúde

A utilização de práticas culturais de cura se faz presente em todas as trajetórias de vida dos mais idosos, utilizada mais frequentemente na infância - os chás, as garrafadas, como também a figura do benzedor²⁰, raizeiro²¹ e curandeiro²². Essas práticas tem sua perpetuação nas trajetórias atuais, utilizada simultaneamente com a medicina tradicional. O cuidado à saúde da família, especialmente às crianças era realizado pelas mães, uma construção social que acompanha o papel da mulher ao longo do tempo.

Santos (2009) relata que os nativos principalmente os pertencentes às etnias brasileiras, eram profundos conhecedores de ervas, plantas e raízes e de sua utilidade na medicina popular. Refere ainda que as informações a respeito dos remédios de origem vegetal foram passadas de geração em geração por meio da cultura oral.

Na minha infância como não havia médico, era tudo remédio caseiro, para curar resfriado em criança, minha mãe usava folha de laranjeira. Meu pai conhecia muito de ervas e plantava no quintal, erva de bicho (picão) curava icterícia, chá de marcela, curava disenteria, mentruz era bom para o pulmão. Hoje tomo chás feitos de ervas que planto em meu quintal. (Longeva 4).

Quando eu tinha dezoito anos, uns quinze dias antes de ir para o exército quebrei a clavícula, e lá no sítio não tinha médico, não tinha hospital, não tinha nada. Única coisa que existia era o curador do mato. Ele pegou um travesseiro, dobrou em dois e colocou embaixo do meu braço, empurrou para trás, e colocou a clavícula no lugar, me enfaixou usando toco de taquara (Longevo10).

No sítio os cuidados à saúde eram realizados pelo curandeiro e quando as crianças tinham gripe ou dor de barriga, minha mãe utilizava chás caseiros, principalmente de poejo, e limão com mel. Na atualidade sigo as orientações médicas para o tratamento do câncer de pele, mas também vou à benzedeira (Longeva 17).

Quando éramos pequenos mamãe nos cuidava só com remédios caseiros. Eu sempre fui uma criança saudável. Para dor, a minha mãe fazia chá de chifre de boi, raspava e fazia o chá. Antigamente a gente sempre tinha

²⁰ O benzedor também conhecido como rezador, cura ou afasta os males através de rezas proferidas ritualmente, muitas vezes se utilizando de preces religiosas (INEPAC, 2005, p.12).

²¹ O raizeiro é aquele que lida só com ervas medicinais, sabendo como prepará-las (garrafadas) e sua indicação para diversas enfermidades, é um curioso da farmacopeia (INEPAC, 2005, p. 11).

²² Após passar pela experiência de benzedor, este se torna curandeiro, passa a considerar-se ligado ao sobrenatural, usa vestimentas especiais, também benze e prepara garrafadas, todavia não revela o segredo da preparação das mesmas, transmite conselhos e tabus que devem ser respeitados (INEPAC, 2005, p. 10).

chifre guardado em casa. Também cortava uns pedaços e colocava no fogo, o cheiro servia para espantar cobra (Longeva 19).

A prática da medicina popular abrange plantas de poder medicinal consagrado e também formas espirituais, que evocam o sobrenatural por meio de ritos promotores de cura que a ciência não explica. Pessoas com o poder de cura são veneradas e respeitadas nas comunidades. Por outro lado a utilização de plantas caseiras se mostra menos dispendiosa, diante da carência de recursos da população (INEPAC²³, 2005).

6 - O êxodo rural como expectativa de melhora de vida

O êxodo rural ocorreu na fase adulta dos participantes, por diferentes motivos, mas que possuem semelhanças entre si, no que tange as dificuldades iniciais que enfrentaram na região urbana. As narrativas revelam também as dificuldades das famílias como pequenos produtores agrícolas, uma vida de muito trabalho e poucos instrumentos facilitadores para o desenvolvimento do cultivo das terras. Esse é um dos motivos do êxodo rural à procura de trabalho menos desgastante na cidade. Outros vieram para a cidade para propiciar mais estudos aos filhos, e alguns para acompanhar filhos e netos que migraram anteriormente.

Nem sempre as expectativas se concretizaram, pois há relatos de falta de trabalho, submissão a trabalhos manuais ainda mais pesados que os desenvolvidos na zona rural, alimentação precária, e moradias construídas em locais inadequados e inseguros.

O começo na capital foi sofrido, eu tive que cortar lenha, nos matos perto da serra de Paranaguá, para vender na cidade. O meu chefe na época que eu trabalhei no armazém da Rede, ficou sabendo da minha luta, mandou arroz, açúcar, azeite, charque, bacalhau, mandou de tudo um pouco. Morava na casa da minha tia de favor, volta e meia ela buscava alguma coisa lá em casa. Quando acabaram os mantimentos, ela pediu a casa de volta, para alugar. Dei um jeito, achei uma casinha e mudamos dali (Longevo 10).

Com 17 anos fui para Belo Horizonte, encontrei trabalho como empregada doméstica, outra coisa eu não sabia fazer, pois tive pouco estudo. Na minha época as mulheres eram preparadas somente para fazerem as atividades da casa ou cuidar dos filhos. Depois de 30 anos trabalhando na mesma

²³ INEPAC – Instituto Estadual do Patrimônio Cultural – Governo do Estado do Rio de Janeiro – Secretaria de Estado de Cultura, 2005.

família, eu vim sozinha para Curitiba e trabalhei como doméstica até me aposentar (Longeva 12).

Para o filho continuar a estudar viemos todos para Curitiba. O começo foi muito sacrificado, às vezes não tinha margarina para passar no pão. Meu marido vendia limão e flores plásticas numa cesta de vime pelas ruas. Eu e minha filha mais velha costurávamos para uma grande loja da cidade, fazíamos as peças em casa (Longeva 17).

Eu havia saído do sítio, e comprado uma casa financiada pela COHAPAR²⁴, quando a firma mandou todo mundo embora, eu fiquei sem dinheiro para pagar as prestações. Vendi a minha parte e vim para a capital, pois meus filhos já moravam aqui (Longevo 20).

Segundo Telles (2008, p. 70), as grandes cidades brasileiras por se constituírem em espaços privilegiados de educação, saúde e lazer, despertaram o interesse de um contingente alarmante de migrantes das zonas rurais “como também de regiões do país com menos infraestrutura ou probabilidades de crescimento incompatível com os grandes centros”. Afirma ainda que a despeito de haver “um programa de aposentadoria para os trabalhadores rurais, o provento como hoje, também não supria as necessidades dos aposentados”.

7 - As perdas e os enfrentamentos ao longo do curso de vida

As narrativas dos longevos retrataram as perdas ao longo de vida, e as consequências que essas geraram: a descontinuidade dos estudos, a desestruturação da família, mudança de local de moradia, e até mesmo tentativas de suicídio. Alguns dos mais idosos demonstraram no momento das entrevistas seus sentimentos e emoções contidas por muito tempo, compartilhando essas trajetórias com o entrevistador.

As situações de perda ao longo da vida se mostram como algo irreparável na vida das pessoas. Nery (2012) infere que as perdas podem abranger situações de morte de entes queridos, mudança de cidade, perda de emprego, condição social, separação, e até mesmo a interrupção de projetos futuros. Contudo as mais sofridas estão relacionadas à perda de pessoas queridas.

Quando eu tinha sete anos meu pai faleceu lá no mato trabalhando, trabalhou o dia todo até 5 horas da tarde. Foi preciso duas pessoas para trazê-lo lá do mato para o paiol da roça. Isso aconteceu em 15 de setembro

²⁴ COHAPAR - Companhia de Habitação do Paraná.

de 1935. Nessa época não existia médico. Após o falecimento do meu pai, passei a ajudar mais intensamente minha mãe no trabalho da roça, e não pude continuar meus estudos, mas o pouco que aprendi na escola e no trabalho na roça me ajudou muito na vida (Longevo 1).

Quando eu tinha já 17 anos, minha mãe morreu, meu pai era novo, achou uma mulher, que já tinha três filhos, e ele seis. A mulher disse para ele escolher, ou você casa comigo e assume os meus três, ou você fica com os seus seis filhos. Após um ano que minha mãe tinha morrido, ele separou os filhos deixando um em cada casa dos parentes. São episódios que marcam a vida da gente, mas me ajudaram a definir os rumos de minha vida com independência (Longeva 4).

Meu marido faleceu no dia 23 de outubro de 1984. Quando ele morreu, eu não quis mais permanecer no lugarzinho que a gente ficava. Senta aqui, senta ali, conversa daqui, desce da escada, sobe a escada, um não aguenta e o outro ajuda, íamos pra igreja sempre de carro com o meu filho. Após dois meses eu aluguei uma casa no Bairro Alto, pois não suportava as lembranças, faz 28 anos que eu moro aqui. Hoje já posso falar dessa perda com mais tranquilidade, voltei a trabalhar informalmente, e me sinto feliz (Longeva 8).

A minha vida foi triste, eu perdi quatro filhos lá no interior, um era recém-nascido, mas os outros três tinham vida, já eram grandinhos, eu me desgostei. Várias vezes eu tentei me matar, me acudiram, eu fiquei bem fora de juízo. Morre filho assim, abaixo de médico e não diziam do quê. Uma tia que morava em Curitiba, me trouxe para passar um tempo com ela para distrair um pouco, minha mulher veio comigo. Depois, a minha mulher e a minha tia voltaram para buscar alguma coisinha que a gente tinha, eu fiquei por aqui. Após a superação dessa passagem reconstruímos nossa família (Longevo 10).

As perdas na vida dos informantes representaram mudanças no curso de vida, permeadas por momentos de angústia, revolta, desgosto, que deixaram marcas, mas segundo esses, após a superação desses eventos, ajudados pela solidariedade de amigos e parentes, e da religiosidade conseguiram retornar às suas atividades, formar e reconstruir suas famílias. Para uma das longevas a perda do cônjuge após anos de convivência constituiu um processo demorado de luto e a determinação de viver longe dos espaços que compartilhavam. As perdas se configuram como um novo aprendizado ou simplesmente aprendizado.

8 - A Religiosidade e sua representatividade nas trajetórias de vida dos longevos

A Religiosidade²⁵ é tida pelos longevos como força propulsora de suas vidas. O apego à religião denota crenças, tradições, valores e formas de proteção. Durante as entrevistas os longevos evidenciaram a sua fé com apoio de citações bíblicas e com cânticos religiosos, expressaram sua religiosidade como verdade incondicional.

ELIADE²⁶ (2011) afirma que o homem religioso demonstra uma maneira especial de vivência no mundo e, apesar da existência de uma gama considerável de formas histórico-religiosas sua atitude específica é sempre reconhecida.

Mesmo casado continuava nos bailes, fumando e bebendo, isto até os 23 anos. Então, pensei que aquilo não estava certo, não estava bom na minha vida, e eu já como homem casado, já a princípio de família, achei por bem me libertar de todos os vícios que tinha. No dia 31 de janeiro de 1954, me converti a Deus e fui batizado nas águas, e fui liberto de tudo (Longevo 1).

Desde a minha mocidade aos domingos eu estou no templo louvando ao Senhor. Depois que fiquei viúva, não vou à noite porque eu tenho medo de sair sozinha, é para minha segurança. De dia me sinto segura, porque eu sei que Deus está aqui. De noite também, mas a gente não deve facilitar. Porque só Deus conhece o coração dos homens (Longeva 8).

Na minha oração, todos os dias eu agradeço a Deus pelo pão de cada dia e a saúde. E eu peço que - Deus, nosso senhor, Jesus Cristo, todos os santos e todas as santas, e os anjos da guarda também, que me deem saúde, força paz de espírito, e amor. Isso eu rezo todo o dia, para no outro dia eu ter forças pra fazer as coisas (Longeva 12).

Tenho uma tatuagem de Nossa Senhora Aparecida no meu braço, feita por um marinho em 1950, eu gostava muito dessa santa. O católico da nossa época valorizava muito a imagem. Hoje em dia o povo se apega a outros caminhos, não é mais como antigamente. Como já tinham ocorrido umas passagens na minha vida, pedi para tatuar a santa para me proteger (Longevo 20).

Os idosos se apoiam na religião quando se deparam com acontecimentos negativos ou que fogem de seu controle. A busca pela comunidade religiosa em momentos difíceis os aproxima dos demais membros, que podem oferecer-lhe conforto e ajuda no sofrimento. Acreditar que existe vida após a morte auxilia, em

²⁵ Ries (2008) define religião como um fenômeno histórico, vivido por homens e mulheres em um contexto social, cultural, histórico, econômico e linguístico preciso, diz que toda religião é vivida em um contexto social e individual e ocupa um lugar no espaço e no tempo.

²⁶ Mircea Eliade, filósofo romeno (1907-1986) foi um dos mais influentes estudiosos da religião no século XX, e um dos mais importantes intérpretes do simbolismo religioso e do mito (ELIADE, 2011).

especial aos idosos, a dar sentido à sua vida (SANTANA; CUPERTINO; NERI, 2009).

9 - A trajetória atual - uma representação diferenciada de envelhecer

Na trajetória atual dos longevos as preocupações com o cuidado à saúde são vistas como prioritárias. Procuram se alimentar de forma saudável. Na Unidade Básica de Saúde realizam avaliações; exames, consultas, curativos, e recebem medicamentos, seguem o prescrito pelo médico, mas também associam a medicina popular. Os mais idosos conhecem pelo nome a enfermeira, o médico, bem como a agente comunitária de sua área de abrangência, o que denota uma maior aproximação entre profissionais e usuários.

Percebe-se que uma significativa parcela dos informantes preocupa-se em manter-se ativa, por meio da prática regular de atividades físicas²⁷, por entenderem que esse movimento implica em melhor qualidade de vida. As atividades realizadas pelos longevos envolvem diferentes formas e ambientes de participação, como o trabalho voluntário²⁸, pescaria, trabalhos manuais, oficina da memória, passeios e festas organizadas pela comunidade religiosa e pela Unidade Básica de Saúde.

Participo das atividades do posto para desfrutar da companhia de outros idosos. Quando eles fazem uma reunião, um passeio, festa junina eu participo. Todos os dias faço uma caminhada, vou e volto do trabalho a pé. Somos uma família unida, tenho uma filha do primeiro casamento que mora nos fundos da minha casa, ela ajuda a atender minha segunda mulher que teve derrame (Longevo 1).

Eu cuido de minha saúde, vou ao posto, consulto, verifico a pressão, não faço uso de medicamentos. Fiz cirurgia de catarata por meio da unidade básica. Procuro me alimentar bem, muita fruta e verdura. Faço caminhadas, participo da oficina da memória semanalmente, e das atividades promovidas na comunidade religiosa. Tenho um bom relacionamento com meus filhos e netos (Longeva 8).

No posto pego remédios para pressão, também faço teste para o Diabetes, verifico a pressão e recebo orientações da nutricionista, cuido da minha

²⁷ Entende-se por atividade física qualquer movimento corporal, com gasto de níveis energéticos acima dos níveis de repouso. Incluem-se as atividades ocupacionais (trabalho), atividades da vida diária – AVD (vestir-se, banhar-se, comer), o deslocamento, e as atividades de lazer (NAHAS, 2010, p.46).

²⁸ “As atividades de voluntariado são definidas pela doação de tempo sem compensação financeira. É a possibilidade para as pessoas que tenham como valores pessoais a solidariedade e o compromisso com a construção de uma sociedade mais humana” (CALDAS, 2009, p.144).

alimentação. Cuido do jardim e da horta, planto verduras para meu consumo. Penso que a pessoa idosa precisa de movimento, quanto mais se mexe melhor, do contrário adocece. (Longeva 12).

Faço controle do Diabetes e curativos com a Enfermeira do posto. Tenho cuidado com a alimentação, faço restrição de açúcar. Hoje, o que me dá alegria e me ajuda a continuar a vida é minha companheira. Um filho da minha mulher, mora aqui na frente, e a filha mora aqui nos fundos, um cuida do outro, aqui é bem seguro para viver. Um filho do meu primeiro casamento gosta de ir pescar comigo em Morretes (Longevo 10).

Minha alimentação é baseada em produtos naturais, muita fruta e verdura. Sou voluntária na APCN, faço ginástica, duas vezes por semana. Com a ginástica posso me movimentar melhor. Também participo de atividades na comunidade religiosa, e nos eventos providos pelo posto. Eu me sinto mais segura morando no mesmo terreno que a minha filha. (longeva 17).

A maioria dos idosos mais idosos deste estudo vive em casas por eles administradas, no mesmo terreno ou próximo aos filhos. Há longevos que são proprietários do terreno e dividem o espaço com filhos e netos, e por outro lado há filhos que partilham o terreno com os pais. Na comparação das trajetórias percebe-se que esta conjuntura segundo os longevos traz segurança a todos, e favorece a ajuda mutua.

Quando perguntado aos casais de longevos a respeito das relações de afeto existentes entre os conjugues, estes afirmaram que mantém uma vida em comum baseada na afetividade que os liga aos filhos, netos e bisnetos.

10 - A trajetória futura e os projetos de vida

Os projetos futuros soam como ideações de continuidade da vida, e as expectativas do que podem e o que almejam fazer, num contexto de desejos, saudades e declarações de amor à vida. Possuir projetos de vida, mesmo na velhice, descarta o modelo da inatividade e a espera pela finitude da vida. Retrata o viver hoje com o olhar voltado para o amanhã.

O tempo vai passando e vamos pegando idade. Eu dizia brincando para minha família e outros novatos – eu fiquei velho e nem vi. No futuro quero conservar meu trabalho, minha saúde, amizades e minha crença em Deus (Longevo 1).

Eu sou brasileira de coração. Se eu tivesse dinheiro eu queria conhecer o meu país. Quero continuar a viajar para rever a família de meu filho que mora em S. Paulo. Desejo preservar minha alegria, eu não tenho 80 anos, eu tenho 40, porque eu amo a vida (Longeva 4).

Gostaria de voltar ao interior do Paraná rever o sítio onde nasci e passei parte de minha vida, também rever os parentes que não vejo há mais de dez anos (Longeva 19).

Eu desejo voltar aos lugares que conheci quando trabalhava como caminhoneiro, pois tenho boas lembranças dessa época, gostaria de rever os amigos que fiz nesses locais (Longevo 20).

Muitos dos idosos brasileiros, devido às condições socioeconômicas em que vivem se deparam com um hiato que separa o que é desejável e o que é esperado. Determinar projetos de vida constituem oportunidades que se inserem nas trajetórias de vida de todas as pessoas, e não ocorrem da mesma forma, ou com igual amplitude aos integrantes de uma sociedade, pois existem limites entre o real e o simbólico nos projetos de vida individuais. “A vida representa por si mesma, um movimento constante de projetar o presente e o futuro, mesmo nas situações em que esse ato permaneça no impensado, pelas próprias injunções e desafios da vida cotidiana” (ALMEIDA, 2005, p.109).

6.5.2 Comparação Máxima – Diferenças

A *comparação máxima* para selecionar textos com diferenças contrastantes em relação ao texto inicial, mas que ainda conservassem pontos de comparação. A *comparação teórica máxima* terá a função de confrontar as categorias teóricas empregadas no discurso com categorias opostas, e assim detectar estruturas alternativas dos processos biográficos sociais em sua eficácia biográfica diferenciada e desenvolver possíveis categorias elementares, que mesmo nos processos alternativos são comuns entre si (Schütze, 2007b, 2010).

1 - Fumar - hábito adquirido na adolescência

Os informantes entendem que o uso do fumo, pode trazer consequências à saúde com comprometimento da qualidade de vida, contudo, mesmo concordando com os demais, um dos longevos afirma não conseguir abandonar o vício. Fuma desde a adolescência, adquiriu esse hábito ao observar seus pais fumando cachimbo, e com o tempo passou a fumar cigarros. O longevo faz uso de medicação para Diabetes, e diz que a enfermeira da UBS desconhece o fato dele fumar.

Comecei a fumar quando tinha uns 14 para 15 anos, fumava escondido, nunca fumei perto do meu pai. No sítio eu fumava cachimbo, a minha mãe e o meu pai fumaram toda a vida cachimbo e viveram quase 100 anos. Depois passei a fumar cigarros, fumo uma carteira por dia. E graças a Deus nunca sofri de nenhuma doença por fumar, mas entendo que preciso parar (Longevo 10).

Pessoas fumantes na faixa etária acima dos 50 anos apresentam maior dependência de nicotina, pois fazem uso há mais tempo e também por utilizarem um número maior de cigarros, em consequência estão expostos a problemas de saúde relacionados ao tabagismo, e dificuldade maior em parar de fumar (GOULART *et al.*, 2010).

2 - A vida solitária - amizade com os vizinhos como rede de apoio

A vida solitária manifestada na trajetória individual de uma longeva, não é vista por ela como fato negativo, mas sim como escolha pessoal, alicerçada na desestruturação familiar ocorrida pela separação dos pais, em sua infância. Morar só, possuir seu espaço representa autonomia e independência para a idosa. Sua trajetória é diferenciada dos demais, e para suprir a falta de uma família e garantir sua proteção individual construiu uma rede de apoio com seus vizinhos.

Gosto de minha vida solitária. Fico feliz com a amizade e visita dos meus vizinhos, já que sou sozinha eu tenho que combinar com os vizinhos, que uma hora eu posso precisar deles. Hoje estou completando 83 anos, me sinto bem, comprei dois bolos para servir aos vizinhos, pois eles sabem o dia do meu aniversário (Longeva 12).

Estudos sinalizam a amizade como fator determinante para o alcance da longevidade - quanto mais amizades cultivar, mais oportunidades de uma vida longa e feliz. Ela ajuda a viver mais, e melhor. Possuir amigos colabora para uma maior adaptação às dificuldades próprias do processo de envelhecimento (MIRANDA, 2005).

3 - Novo casamento dos longevos após viuvez²⁹.

Os homens quando perderam suas esposas, casaram-se novamente, diversamente das mulheres que permaneceram viúvas. As longevas enviuvaram após longa convivência com seus cônjuges, diferentemente dos longevos que perderam suas esposas ainda jovens, como pode ser constatado em suas narrativas. Justificam o fato por precisarem de ajuda para criar os filhos, cuidar dos afazeres domésticos ou ainda por se sentirem sozinhos.

Fiquei dois anos viúvo, cuidando dos seis filhos pequenos. Quando minha mulher faleceu o menor tinha dois meses. Quando eu estava com 36 anos de idade, apareceu uma moça com 22 anos de idade, deixou de casar com um rapaz solteiro para casar comigo, e ajudar a criar os filhos que eu já tinha. Casamos e tivemos mais seis filhos, naquele tempo ninguém evitava ter filhos, era natural. E dava conta, de criar os filhos, todos trabalhando na roça. Dos seis filhos do segundo casamento quatro se criaram (Longevo1).

Após a morte da minha primeira mulher, casei novamente, durou somente cinco anos. Não deu certo, a mulher não me dava atenção, só ao filho dela já adulto que morava conosco, isso me desgostou e me separei. Por necessidade de companhia, arrumei uma terceira mulher e já vivo com ela há sete anos. (Longevo10).

Segundo Motta (2004), a viuvez para os homens, é um acontecimento demográfico de incidência baixa, também entre os mais idosos; a repercussão social é abrandada e não ocorrem alterações significativas no seu cotidiano, pois geralmente ocorre um novo casamento. Contudo para as mulheres a viuvez configura-se como uma questão demográfica e cultural a qual abarca significados extremos que vai da censura à prevaricação (se esta ocorrer) ao arquétipo da virtude.

²⁹ A viuvez é um fato comum em nossa sociedade, caracterizado pela perda do companheiro de vida. A situação de viuvez é uma situação especial, não planejada, que provoca modificações na vida das pessoas. Representa, por sua vez, uma inesperada quebra do equilíbrio, real ou suposto, das relações familiares, sociais, econômicas, culturais, a qual faz com que o indivíduo em caráter de urgência, estabeleça novos arranjos em grupo (MOTTA, 2004).

4 - Insegurança gerada por moradia em área de risco

As quatro áreas de risco sócioeconômico na abrangência da Unidade Básica de Saúde, onde há maior incidência de violência e tráfico de entorpecentes, localizam-se próximas ao Rio Atuba, onde a maioria das residências é irregular. Esta situação é vivenciada por um casal de longevos informantes deste estudo.

A casa em frente a nossa já foi apedrejada por traficantes, a família precisou fugir na calada da noite, eu não tenho coragem de ficar sozinha quando anoitece. Outra situação é a proximidade do rio, na última enchente estragou todas as nossas coisas, tivemos que comprar tudo outra vez (Longeva 19).

Quando eu vim para a capital, o dinheiro que trouxe comigo não dava para comprar uma casa. Então meu filho que estava construindo sua casa, cedeu os fundos do terreno. Assim fiz a casa nesse local em 1985, ano que também me aposentei. O ruim daqui é a presença dos traficantes que vivem perturbando, e do Rio Atuba que quando enche invade a nossa casa (Longevo 20).

A insegurança causada pela presença de traficantes na região se configura como uma forma de violência ao longo. Sabe-se que a população idosa tem seus direitos à segurança, e à moradia digna³⁰ garantida pelas políticas vigentes de proteção social. A presença de um rio nas proximidades da casa, que em épocas de chuvas intensas transborda e adentra nas casas, resultam na perda dos pertences comprados com sacrifício, dadas as condições financeiras dos longevos.

5 - O trabalho após a aposentadoria visto como uma necessidade

A maioria dos longevos subsiste com um a dois salários mínimos provenientes de pensão³¹ ou aposentadoria, ressalta-se que nenhum dos participantes deste estudo é totalmente dependente economicamente dos filhos.

O trabalho após a aposentadoria é descrito por um dos informantes como necessário para manter a família, com pessoas doentes e dependentes, que dispendem maiores recursos financeiros em seus cuidados à saúde.

³⁰ O Estatuto do Idoso (1996a) garante ao idoso o direito à moradia digna no âmbito de sua família, ou desacompanhado desta quando ele assim desejar, ou em instituição pública ou privada.

³¹ O alto percentual de aposentados que recebem pensão muito reduzida é consequência dos baixos níveis educacionais desta população, resultado da ausência de políticas de educação nacional nas três primeiras décadas do século XX, uma vez que existe uma relação direta entre o nível escolar e o nível de rendimentos (PEIXOTO, 2004, p.51).

Pensei que a aposentadoria seria um descanso na minha vida, que depois de aposentado não precisaria trabalhar mais. Tenho a segunda esposa acamada por derrame, e um filho com epilepsia. Mas como a renda é baixa, às vezes não chega para viver, então tem que emendar e continuar trabalhando, ajudando a manter a vida e também distraindo um pouco (Longevo 1).

Percebe-se na vida do longevo que o recebimento de um salário mínimo³² não dá conta do proposto pela lei vigente no país em sua Carta Magna. Além de provedor da família o longevo acumula o papel de cuidador da esposa dependente e também idosa.

Outra situação distinta das demais é a de uma longeva viúva, com 94 anos, que continua a trabalhar mesmo recebendo aposentadoria, e pensão do marido. Para manter sua independência e não morar com os filhos, aluga uma pequena casa no bairro, e para mantê-la, trabalha informalmente todos os dias.

Apesar de receber a pensão do meu marido e a minha é muito pouco. Dá dois salários mínimos, só que eu pago R\$ 520,00 de aluguel. Por este motivo eu vendo lingerie e cosméticos de porta em porta. Eu não preciso mentir e nem me exhibir, “vendo bem”. Eu controlo minhas vendas, marco tudo. Quando vendo, eles mesmos marcam na revista o quê pediram, e o nome da pessoa, quando recebo os produtos faço a entrega. O pouco tempo que tive de escola foi muito importante, e a gente aprende através da leitura, a bíblia ensina muita coisa (Longeva 8).

6 - A atenção à saúde referida como insatisfatória

De maneira geral os idosos mais idosos manifestaram a sua satisfação em relação à atenção à saúde. A insatisfação pela atenção à saúde repercute como uma dessemelhança entre os demais, e se faz presente nas narrativas de dois longevos. Um em relação à demora de encaminhamento à atenção secundária e o tratamento que não se concretizou e outro questiona a falta de medicamentos usualmente distribuídos na Unidade Básica de Saúde.

³² O salário mínimo vigente é de R\$ 622,00 (seiscentos e vinte e dois reais), segundo o Decreto Nº 7.655, de 23 de dezembro de 2011 (BRASIL, 2011). Salário mínimo necessário: Salário mínimo de acordo com o preceito constitucional "salário mínimo fixado em lei, nacionalmente unificado, capaz de atender às suas necessidades vitais básicas e às de sua família, como moradia, alimentação, educação, saúde, lazer, vestuário, higiene, transporte e previdência social, reajustado periodicamente, de modo a preservar o poder aquisitivo, vedado sua vinculação para qualquer fim" (Constituição da República Federativa do Brasil, capítulo II, Dos Direitos Sociais, artigo 7º, inciso IV).

Quando preciso, o posto atende bem, mas o que depende de fora é muito demorado. Uma vez tive um problema no joelho, fiquei esperando encaminhamento por mais de dois anos, e não recebi o tratamento necessário (Longevo 1).

O atendimento no posto já foi melhor. O remédio da pressão e o diurético estão em falta. Falaram para eu esperar uns quinze dias, o tempo que levaria para os medicamentos chegarem. Mas como a médica receitou para uso contínuo, precisei gastar meu dinheirinho para comprar na farmácia (Longevo 12).

Segundo Mendes (2009), os níveis de atenção à saúde, mostram-se fortemente hegemônicos, e desorganizados entre si. A comunicação ineficaz resulta na interrupção da continuidade da atenção à saúde dos usuários. Os três níveis de atenção: primárias, secundárias e terciárias não funcionam como rede integrada, na qual a comunicação e a organização concorrem para a atenção contínua e integral de uma população de abrangência definida.

7 - Alimentação precária por ingesta inadequada de nutrientes

A distância entre a casa em que mora e o local de trabalho, não permitem a um dos informantes, realizar as refeições em casa, em consequência deste fato sua alimentação é insatisfatória, pobre em nutrientes. Sabe-se que a qualidade da alimentação na velhice influencia na qualidade de vida, bem como na prevenção de doenças e incapacidades. O longo tempo não possui prótese dentária, o que compromete também sua saúde bucal e demanda resultados deletérios à saúde.

Eu venho pela manhã para trabalhar, quando termina a mercadoria, eu vou para o centro de ônibus comprar, só volto à noite para casa. Almoçar eu não almoço, vou a uma lanchonete próxima ao trabalho, frequentemente como um lanche e às vezes um prato feito (Longevo 1).

Uma dieta saudável segundo Nahas (2010) carece de variedade de alimentos nas refeições diárias, e precisa agradar aos olhos, ao olfato, e principalmente ao paladar. É essencial observar o equilíbrio entre qualidade e quantidade dos nutrientes, com ênfase na ingesta de cereais integrais, frutas e verduras.

8 - Fatores econômicos como geradores de proteção social

Uma diferenciação que chama a atenção entre os mais idosos entrevistados é a situação financeira de uma das mulheres, cuja renda ultrapassa em muito as dos demais participantes. Sua renda é superior ao salário mínimo necessário proposto pelo DIEESE³³ (2012), para suprir às suas necessidades básicas essenciais.

Eu recebo a pensão do meu marido que é um salário mínimo, mas tenho também para minha subsistência uma renda de aproximadamente 4,8 salários mínimos, proveniente de aluguéis de imóveis, adquiridos com um dinheiro recebido de herança. Com essa renda posso consultar com médico particular quando necessário (Longeva 17).

A situação financeira estável colabora para a adoção de diferentes estilos de vida, como também permite a longeva optar entre o atendimento na rede privada ou pública de saúde. Constata-se o poder econômico como fator determinante de suas decisões. Podem-se observar como consequências deste fato, melhores condições de habitação, alimentação, lazer e cuidados com a saúde no cotidiano da longeva.

6.6 A CONSTRUÇÃO DO MODELO TEÓRICO - 6ª ETAPA

Nesta última fase de análise apresenta-se a construção do modelo teórico alicerçado no entendimento dos informantes da história acerca do tema pesquisado, neste estudo - a longevidade. Nesta etapa ocorre a discussão com o referencial teórico eleito para sustentação do trabalho.

Após o término da narrativa de suas histórias de vida, os longevos foram desafiados a teorizar a respeito do que havia contribuído em suas trajetórias para que alcançassem a longevidade.

Sabe que, materialmente falando, eu acho que cheguei aos 94 anos, porque tinha uma boa alimentação até os 18 anos, porque tudo era puro. Manter-

³³ O salário mínimo necessário calculado pelo Departamento Intersindical de Estatística e Estudos Socioeconômicos – DIEESE, para o mês de setembro de 2012 é de R\$ 2.616,41.

me trabalhando também ajudou muito. Para viver feliz e chegar até aqui é necessário, alegria, paciência e fé em Deus (Longeva 8). Chegar à velhice depende da criação da gente. Nossos pais não liberavam para amanhecer em baile e bar. E a comida era saudável, hoje em dia, a gente não come comida pura como comia antigamente, sem agrotóxico, sem nada, era tudo natural. Não beber também ajudou (longevo 10).

Após a separação dos meus pais e enfrentar a vida sozinha me tornei independente. O trabalho ajuda a viver mais. Toda a vida eu trabalhei cuidando de outras pessoas e das minhas coisas pessoais. O fato de cuidar da saúde, também foi importante para chegar aos 83 anos. Cheguei até aqui por que Deus me ajudou (Longeva 12).

Quando eu era criança minha mãe ensinou as coisas boas para nós que serviram para o nosso crescimento, Ela cuidava da nossa saúde muito bem, com ervas e chás era tudo natural. Penso que o trabalho e uma alimentação saudável ao longo da vida, as atividades físicas que venho realizando regularmente desde que me aposentei, também colaboraram para que eu chegasse aos 80 anos. Agradeço a Deus por ter saúde para cuidar da casa, e do meu marido, e pelos meus filhos e netos que me dão alegria (Longeva 19).

Eu penso comigo assim, que foi por causa do trabalho e dos esforços. Também fiz halterofilismo e muitos exercícios quando era adulto, já casado. Outra coisa, eu nunca fui bagunceiro. Farra, fumo, bebedeira, noitada assim sem dormir, não, isso daí eu não devo. Eu sempre gostei das coisas certas. As passagens dolorosas ocorridas no passado me fortaleceram e colaboraram para eu chegar aos 81 anos (Longevo 20).

As informações textuais à questão proposta foram permeadas pela importância do trabalho ao longo da vida, hábitos de alimentação considerados saudáveis na infância, ensinamentos transmitidos pelos pais, enfrentamento de conflitos e situações de perdas, religiosidade e cuidados à saúde por meio das práticas culturais de cura. Na trajetória atual se fazem presentes os cuidados à saúde e atividades que desenvolvem com intuito de manter a construção de vida saudável realizada no passado. Essa elaboração interpretativa deu origem à construção do modelo teórico:

“Construindo a longevidade no curso de vida”



FIGURA 14 - REPRESENTAÇÃO DO MODELO TEÓRICO.

FONTE: WILLIG, M. H. AS HISTÓRIAS DE VIDA DOS IDOSOS LONGEVOS DE UMA COMUNIDADE: O ELO ENTRE O PASSADO E O PRESENTE. CURITIBA, 2012.

A longevidade tem suas raízes sustentadas no passado, fortemente influenciada pela cultura familiar. O trabalho no passado era exercido de forma braçal, os membros da família, na época configurada como família extensa, trabalhavam e viviam na zona rural. Os movimentos intensos da prática laborativa somada a outros aspectos presentes no campo, como o convívio com a natureza, animais, ar limpo, colaborou no desenvolvimento e resistência da estrutura corporal nos aspectos biológicos, fisiológicos e ecológicos.

O trabalho no presente configura-se como informal, formas mais leve de execução. As oportunidades de trabalho remunerado ofertadas aos mais idosos na trajetória atual são bem restritas, os que ainda trabalham o fazem de maneira informal. A maioria dos longevos recebe pensão ou aposentadoria para seu sustento na trajetória atual.

As oportunidades de estudo no passado eram dificultadas pela presença de famílias com muitos filhos e também pela necessidade de mão de obra na geração de renda familiar.

As oportunidades de trabalho no presente são dificultadas pela baixa escolaridade e consequente ausência de qualificação profissional.

A educação dos filhos no passado, segundo a cultura familiar, era centrada na obediência à autoridade paterna. Os informantes acreditam que aprenderam muito com seus pais e esses ensinamentos ajudaram na condução de uma vida correta.

Os hábitos de alimentação saudável na infância, rica em nutrientes, também são apontados como fator positivo para terem alcançado a longevidade. As mães amamentavam seus filhos à sombra dos cafezais. Outros eram alimentados com leite de cabra ou de vaca, animais criados na natureza. Alimentos como leite e ovos havia em abundância. O cultivo de frutas, legumes e cereais era realizado de forma natural, sem agrotóxicos.

O lazer no campo entre as crianças era marcado pelas brincadeiras culturais e cantigas infantis da época, que só ocorriam aos domingos. Já os adultos conversavam, com seus amigos e vizinhos, à sombra das árvores, principalmente de assuntos relacionados à política. Como visto no ambiente rural, as pessoas dispunham de momentos de lazer e descontração. Os indivíduos utilizavam a força braçal como instrumento de trabalho, nas atividades que exerciam na roça e nos afazeres domésticos, sem ajuda de máquinas ou elementos facilitadores do trabalho, desta forma evitavam o sedentarismo.

Na trajetória atual as práticas de voluntariado, atividades físicas, lazer, religiosas e comunitárias se mostram mais efetivas. A imposição e a necessidade de atividades físicas na vida urbana configuram-se como exigência para impedir o sedentarismo³⁴. Os longevos consideram essas atividades uma forma prazerosa e consciente de uma prática que trará benefícios para a saúde e consequente envelhecimento com qualidade de vida³⁵.

³⁴ Sedentarismo é o estilo de vida que não incluiu atividades físicas, onde predomina o trabalho sentado e o lazer passivo (NAHAS, 2010, p. 299).

³⁵ Qualidade de vida é a percepção de bem-estar que reflete um conjunto de parâmetros individuais, sócio culturais e ambientais que caracterizam as condições em que vive o ser humano (NAHAS, 2010, p. 298).

Os modos de cuidado à saúde na zona rural são evidenciados nas práticas culturais de cura, permeada por tratamentos naturais à base de ervas e chás e também por rituais de cura, realizados por curandeiro, benzedeira e rezador, e se mostravam como práticas efetivas e consideradas pelos longevos como saudáveis.

No presente a saúde é entendida como um bem a ser preservado, como forma de sustentação da vida. A utilização correta dos medicamentos, possuir saúde física, mental e espiritual, são considerados por eles como fatores essenciais para conservação da saúde. A cultura familiar de cuidados é utilizada paralelamente à medicina tradicional. A autonomia e independência estão presentes na vida cotidiana da maioria dos informantes no aspecto de gerir a própria vida, no cuidado de si e dos outros.

O enfrentamento de perdas e passagens marcantes no passado ocorreu mediante a ajuda de familiares e amigos, bem como o apelo à religiosidade. A superação desses eventos resultou em aprendizagens e contribuiu para o fortalecimento dos informantes e suas famílias.

A crença religiosa na vida atual dos longevos se caracteriza por fortes convicções e significados, atribuem à religiosidade (DEUS) a existência e sua permanência no mundo, como fonte de transcendência e segurança. Também como alento na superação das adversidades, uma forma de resiliência.

No presente as relações familiares e com vizinhos são vistas como dispositivo capaz de promover uma rede de segurança, tecida no cuidado com os mais idosos, filhos, netos, bisnetos e vizinhos.

A somatória dos fatores descritos no modelo teórico, presentes nas trajetórias individuais e coletivas dos informantes da história, sinalizam a construção da longevidade ao longo da vida.

6.6.1 As Histórias de Vida e o Diálogo com os Pressupostos do Envelhecimento

Ativo na Perspectiva do Curso de Vida

As informações apresentadas pelos mais idosos confirmam a tese defendida neste trabalho de que: os determinantes, e os condicionantes do envelhecimento ativo, presentes nas histórias de vida dos longevos, influenciam no alcance da

longevidade, e retratam as mudanças e adaptações no estilo de vida pessoal, familiar e social, adotadas ao longo do curso de vida. A perspectiva de curso de vida segundo Neri (2005, p.35) enfoca “o desenvolvimento humano do ponto de vista das inter-relações do desenvolvimento individual, familiar e societal ao longo do tempo”.

As trajetórias dos longevos apontam a alternância dos determinantes e pilares do Envelhecimento Ativo, eleitos pela Organização Mundial da Saúde (2002), como prioritários, não existindo uma totalidade desses fatores presentes no curso de vida. Os pressupostos aparecem com maior evidência na trajetória atual por iniciativa pessoal, familiar e comunitária. Contudo, na falta desses, ou na presença de hábitos considerados prejudiciais ao envelhecimento ativo (como o fumo e alimentação insatisfatória), os informantes apresentam uma ampliação da expectativa de vida, pois já ultrapassaram os 80 anos, e referem possuir uma saúde satisfatória.

Na resenha realizada por Bigossi (2012) a respeito da obra “*La tyrannie du bien vieillir*” de Billé e Martz (2010); os autores expressam suas inquietações com a preocupação atual e mundial no prolongamento da vida das pessoas baseado em um saber médico, sem perdas ou carências. Enfatizam que além de compreender o processo de envelhecimento, é necessário aprender como ser velho.

Mudanças de estilo de vida ocorreram ao longo da vida dos longevos, ao mudarem da zona rural para a urbana, foram necessárias modificações para se adaptarem ao novo estilo de vida na cidade. Também aconteceram alterações nos arranjos familiares. No passado a organização familiar era caracterizada como família extensa, várias gerações conviviam numa mesma casa.

Para Laraia (2001) a cultura é dinâmica, de maneira que nenhuma sociedade é estática, mesmo que o ritmo das modificações de algumas coletividades ocorra menos célere que de outras. Existiriam também dois modelos de mudanças, o da dinâmica que se realiza a partir do próprio sistema cultural que imprime apenas mudanças internas e o que deriva da relação com outra cultura, este último é o que acontece de forma mais atuante na maior parte das sociedades.

No presente cada um tem sua própria moradia, contudo as relações familiares tendem a se organizar apoiando-se na cultura familiar do passado, as casas são construídas num mesmo espaço físico, ou nas proximidades, com o intuito de garantir a segurança e fortalecer o convívio entre gerações.

Segundo Nahas (2010, p. 292), estilo de vida é:

o conjunto de ações cotidianas que reflete as atitudes e valores das pessoas. Estes hábitos e ações conscientes estão associados à percepção de qualidade de vida do indivíduo. Os componentes do estilo de vida podem mudar ao longo dos anos, mas isso só acontece se a pessoa conscientemente enxergar algum valor em algum comportamento que deva incluir ou excluir, além de perceber-se como capaz de realizar as mudanças pretendidas.

A proposta do Envelhecimento Ativo (OMS, 2002) com o intuito de promover a saúde dos idosos para uma melhor qualidade de vida, e protelar os agravos à saúde na velhice, contempla a pauta de discussões mundiais há dez anos. Percebe-se que muitas das proposições e das políticas públicas direcionadas a este segmento populacional ainda se mostram como desafios a serem alcançados.

Kalache (2010) afirma que o Envelhecimento Ativo, não é um processo imediato, ele é contínuo. As possibilidades de saúde acontecem desde a infância com extensão no decorrer da vida. Para que isto aconteça é necessário observar os determinantes como gênero e cultura, e outros inúmeros fatores que influenciam a maneira como vivemos, e por meio dessas interações atingiremos o envelhecimento ativo alicerçado na saúde, participação e segurança.

As garantias do acesso à saúde, participação e segurança explicitadas nos pressupostos do Envelhecimento Ativo (2005), também se fazem presentes no artigo 3º das Disposições Preliminares o Estatuto do Idoso:

é obrigação da família, da comunidade, da sociedade e do Poder Público assegurar ao idoso, com absoluta prioridade, a efetivação do direito à vida, à saúde, à alimentação, à educação, à cultura, ao esporte, ao lazer, ao trabalho, à cidadania, à liberdade, à dignidade, ao respeito e à convivência familiar e comunitária (BRASIL, 2003, p.8).

A saúde é objeto de interesse comum e coletivo, e a promoção como processo permite aos longevos controlar e melhorar sua saúde. A prevenção de doenças compreende a prevenção e tratamento das enfermidades. Como grande parte da população idosa vive em comunidades, os serviços à saúde precisam ser oferecidos na Atenção Primária, e a esta compete o encaminhamento a atenção secundária e terciária. Além da promoção e da prevenção, à atenção primária precisa oferecer o acesso equitativo e de longo prazo com qualidade (OMS, 2005).

Na atenção primária as questões da saúde estão direcionadas à prevenção e aos cuidados curativos, o acesso a medicamentos em algumas situações, é inviabilizado, pela falta dos mesmos, e os longevos precisam arcar com a compra destes. No passado e no presente os informantes utilizam de práticas culturais de cuidado.

A maioria dos idosos mais idosos relata o desconhecimento das políticas de atenção à saúde e proteção ao idoso, vigentes no Brasil. Referem reconhecer como direitos: o acesso anual à vacina da gripe (uma forma de prevenção à saúde, e diminuir os gastos com tratamentos), as consultas para tratar das enfermidades já instaladas, e o recebimento de medicamentos gratuitos (quando há disponibilidade destes na UBS), a aposentadoria, o atendimento preferencial em instituições públicas e privadas, e o acesso ao transporte gratuito.

Cabe ao Estado no âmbito de seus diferentes setores promover a importância do reconhecimento e preocupação para com a saúde. E com a ajuda de outros setores como a educação e mesmo a saúde, oportunizar uma atitude multisetorial por meio “da conscientização da situação em que se encontram os cidadãos, que desconhecem seus direitos e permanecem inseridos em um sistema alienante” (TELLES, 2008, p.48).

A participação segundo a OMS (2005) pressupõe o acesso à educação e oportunidades no decorrer da vida, de aprender a respeito da saúde, de como cuidar de si, e dos outros à medida que envelhecem, e também educá-los para o uso efetivo dos serviços de saúde e comunitários (OMS, 2005).

No decorrer do século XX, os idosos começaram a apresentar uma nova atitude em relação à sua própria velhice após a aposentadoria, antes se mantinham inativos com o objetivo de prolongar os anos vividos, pois o gasto de energia em qualquer tipo de movimento era considerado relevante (TELLES, 2008). Hoje procuraram aproveitar as oportunidades de participação que lhe são ofertadas.

Os informantes desenvolvem na trajetória atual diferentes formas de atividades, os homens preferem realizar caminhadas e atividades de lazer como a pescaria. As mulheres além das caminhadas fazem exercícios físicos com regularidade, participam de oficina da memória e de grupos de trabalhos manuais como costura e bordado. Essas atividades são desenvolvidas em sua maioria na comunidade religiosa, nos grupos de convivência. Os mais idosos afirmam que

nessas atividades constituem grupos de amigos, o que impede o isolamento social dos mesmos.

Uma sociedade para todos abrange todos os grupos etários, e se faz necessária à erradicação de preconceitos e estereótipos negativos, permitindo que todas as pessoas possam participar plenamente nos mais diferentes contextos: familiar, social, político, econômico e cultural - sem diferenciações e de forma igualitária, evitando desse modo o isolamento social em todas as estâncias da vida (MATOS; ALCÂNTARA, 2011).

Os longevos entendem segurança como um ambiente físico seguro para se viver, e neste aspecto a proximidade das residências destes aos demais membros da família é tida como fator de manutenção da segurança no contexto privado. Por outro lado, os participantes cujas moradias foram construídas em área de risco sentem-se ameaçados e reivindicam mais segurança por parte das autoridades constituídas.

A política do Envelhecimento Ativo reconhece moradia e vizinhança segura e apropriada como elementos fundamentais para o bem estar de todas as pessoas, especialmente dos idosos. Contextos familiares próximos à localização das moradias facilitam a interação e a convivência, impedindo o isolamento social das pessoas. Moradia segura implica também nos modelos adequados de construções que devem levar em conta as necessidades de saúde e segurança (OMS, 2005).

Nas trajetórias atuais, é flagrante o papel da família na composição de uma rede de apoio familiar, mediadora da proteção física e financeira dos idosos mais idosos, devido à inoperância do governo no auxílio aos idosos e suas famílias, como previsto nos pressupostos do Envelhecimento Ativo. Ressalta-se a segurança financeira dos longevos, que contam com suas aposentadorias e pensões para suprir as necessidades de alimentação, vestuário e habitação, além do suporte recebido dos familiares. Em relação à segurança ambiental, observou-se em algumas residências a presença de antiderrapante e corrimão, para facilitar o acesso e evitar possíveis quedas, medidas de proteção executadas pelos filhos dos longevos. Ambientes físicos adequados fazem a diferença entre a independência e a dependência das pessoas em processo de envelhecimento (OMS, 2005).

Os meios de transporte também precisam atender às necessidades dos idosos, para que esses possam se locomover com segurança (OMS, 2005). Há o relato de uma longeva, que ao tentar entrar no ônibus, a porta foi fechada

bruscamente, com isto ocorreu a queda desta na calçada. O contexto viário apresenta inúmeras barreiras à mobilidade dos mais idosos.

Os fatores determinantes do Envelhecimento ativo apontados pela OMS (2002): Serviços de Saúde e Sociais, Pessoais e Biológicos; Comportamentais, Ambiente Físico, Determinantes Sociais e Econômicos têm como ponto em comum a convergência nos determinantes transversais: cultura e gênero.

Os valores culturais e as tradições influenciam como uma sociedade considera as pessoas idosas e o processo de envelhecimento. Quando a presença de doenças é relacionada com o processo de envelhecimento, diminuem as probabilidades de uma comunidade ofertar serviços de prevenção, detecção precoce e tratamento adequado (OMS, 2005).

A cultura é um determinante fortemente arraigado nas narrativas dos longevos, valores, significados, ensinamentos, cuidados culturais à saúde são repassados de geração em geração, por meio da oralidade. Segundo Laraia (2001, p.10) “a natureza dos homens é a mesma, são seus hábitos que os mantêm separados”. É visível nos depoimentos dos informantes a presença de hábitos de vida no cuidado à saúde, próprios de uma determinada época, hoje considerados inadequados, mas que continuam a ser utilizados como manutenção de costumes e tradições adquiridos no passado.

Segundo Idler, McLaughlin e Kasl (2009), rituais religiosos e experiências religiosas pontuam e embasam o curso de vida das pessoas. Para os mais idosos a perda de familiares e amigos, representa um evento estressor e as práticas religiosas podem prover conforto, compreensão e significado diante desses acontecimentos.

Boff (2006, p. 47) afirma que a “hospitalidade e convivência” dependem do respeito perante cada ser humano, originários de outros povos, de suas culturas, tradições e religiões. Apesar da existência de aspectos comuns que sejam reconhecidos e “por profunda que seja a convivência sempre sobram arestas, perspectivas e dimensões do outro que ou não entendemos, ou temos dificuldade de acolher ou simplesmente nos causam estranheza e nos desagradam”.

Dada a importância da cultura em relação às práticas de cuidado à saúde, e principalmente, num país multicultural, como o Brasil, os profissionais que atuam na atenção aos mais idosos precisam estar preparados para cuidar de uma diversidade de grupos culturais. Segundo Stanley, Blair e Beare, (2005), este conhecimento é

necessário para compreender de que maneira os fatores culturais influenciam nos comportamentos de saúde. Enfermeiros que conhecem e aceitam as variações culturais, estão em melhores condições para atender as necessidades de saúde dos idosos em grupos étnicos diferentes.

O perfil dos longevos deste estudo, em relação ao gênero apresenta no aspecto quantitativo, etário, e estado civil, características semelhantes aos pressupostos do Envelhecimento Ativo. Dos vinte participantes, quatorze são mulheres e seis são homens. A faixa etária das longevas compreende dos 80 aos 94 anos e dos longevos de 80 a 85 anos. Em relação ao estado civil, os homens são casados, e onze mulheres são viúvas.

Os estudos envolvendo a população idosa apontam para a feminilização da velhice (Camarano (2002); Lima-Costa e Camarano (2008). O IBGE (2008b) estima para 2050 uma população aproximada de 6 milhões de mulheres. No contexto da União Europeia, dados estatísticos indicam uma esperança de vida de 83,1 anos para as mulheres e 75,7 anos para os homens (OSÓRIO, 2007).

A visão da feminilização da velhice com mulheres em situação de pobreza extrema, fragilizadas, desnutridas e isoladas do convívio social, vem se modificando ao longo dos tempos. Essa transformação pode ser verificada neste estudo, no qual as mulheres apresentam melhores condições de saúde e participação de maneira geral, muitas delas trabalharam ao longo da vida, ainda o fazem informalmente, ou de forma voluntária. Também contam com seus próprios meios de subsistência, provenientes de aposentadorias ou pensões.

Camarano (2003, p.59) afirma que esta mudança pode constituir uma nova fase no curso de vida das mulheres, com duração mais ampliada do que a da infância e adolescência, e que essa transformação é resultado da universalização da Seguridade Social e da melhoria das condições de saúde. Os anos vividos na velhice foram aumentados, e a melhoria de qualidade de vida “absoluta e relativa” já foi avaliada por indicadores de rendimento, cujos resultados têm repercutido também no contexto familiar.

A solidariedade intergeracional tem sua relevância contextualizada no documento: Envelhecimento Ativo – uma Política de Saúde (2005), ao afirmar que todas as políticas e as ações intersetoriais precisam referenciar e apoiar a solidariedade entre as gerações, com o objetivo de se atingir o Envelhecimento Ativo.

As relações familiares são retratadas nas trajetórias do passado com depoimentos que referenciavam a autoridade paterna na educação dos filhos, e também no aspecto cooperativo do trabalho e produção, para a subsistência familiar.

O apoio familiar também se fez presente no enfrentamento das perdas pessoais e materiais e em consequência da solidariedade entre diferentes gerações, conseguiram reorganizar suas vidas e famílias.

No presente as relações familiares e com vizinhos se constituem em formas de cuidado e segurança. Os relatos da existência de alguns conflitos intergeracionais no contexto familiar atual foram verbalizados, outros permaneceram velados por solicitação dos informantes. Os conflitos segundo os informantes estão vinculados às visões diferenciadas em relação à educação e o modo de viver das gerações mais jovens. Entender a dinâmica de um sistema cultural "é importante para atenuar o choque entre gerações e evitar comportamentos preconceituosos" (LARAIA, 2001, p.101).

A solidariedade intergeracional refere-se ao apoio mútuo e cooperativo entre diferentes grupos etários, a fim de alcançar uma sociedade na qual as pessoas de todas as idades têm condições de acompanhar o progresso econômico e social de sua comunidade em igualdade de condições (EU, 2011).

Completados dez anos da realização da II Assembleia Mundial sobre o Envelhecimento (2002), em que foram discutidos os pressupostos do Envelhecimento Ativo - como uma política de saúde, o Parlamento Europeu e a Comissão Europeia reconheceram a importância das relações intergeracionais para o alcance do Envelhecimento Ativo. Diante desse fato declararam 2012, como o Ano Europeu do Envelhecimento Ativo e da Solidariedade entre as Gerações - AEEASG.

O Programa de atividades foi estruturado em cinco eixos:



FIGURA 15 - EIXOS ESTRUTURANTES DAS AÇÕES DO ANO EUROPEU DO ENVELHECIMENTO ATIVO E SOLIDARIEDADE ENTRE AS GERAÇÕES.
FONTE: EU - AEEASG, 2012.

Como dimensões de referência devem ser privilegiadas: o reforço do papel das famílias; o apoio às relações intergeracionais; a valorização do papel da pessoa idosa na sociedade por mecanismos que favoreçam a sua participação ativa e o exercício dos seus direitos; a facilitação do acesso ao mercado de trabalho e permanência neste; o investimento na aprendizagem ao longo da vida, a promoção do voluntariado social, bem como a permanência no meio habitual de vida, o mais tempo possível e uma maior e melhor prevenção e cobertura das situações de dependência (AEEASG, 2012, p.6).

O apelo à solidariedade intergeracional se faz necessário, uma vez que os governos e as políticas não tem dado conta de administrar e implementar os pressupostos do Envelhecimento Ativo na perspectiva de Curso de Vida, dessa maneira o poder público, transfere à comunidade e à família e suas gerações a responsabilidade de amparar e cuidar de seus idosos.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A reconstrução das histórias de vida permeada pelas narrativas proporcionou a oportunidade de aproximação com os mais idosos e resposta ao objetivo deste estudo. A relação baseada no respeito à pessoa, e na sutileza de ouvir o depoente, culminou com a construção do vínculo longo e pesquisadora. Ao narrar suas histórias de vida, os longevos tornaram público seu passado e presente, até então mantidos como privado revelaram suas identidades e singularidades permitindo dessa forma o entendimento de como alcançaram a longevidade. Os achados deste estudo revelam a complexidade do envelhecimento e que somente o conhecimento teórico, não é suficiente para interpretar este processo.

Segundo as informações textuais das histórias de vida descortinadas neste trabalho, a longevidade é fruto das condições de vida no passado e das perspectivas de viver no presente e futuro. E tais possibilidades se confirmam nas estruturas processuais encontradas nas trajetórias, pelo trabalho que sempre realizaram, no modo de agir, no exercício da pluralidade por meio da participação e da convivência, que são intrínsecas à condição humana. Além disso, a cultura familiar representa o elo entre o passado e o presente, na construção da longevidade no curso de vida.

A maioria dos longevos nasceu, viveu a infância e adolescência no campo, migrando para a cidade na fase adulta. Comumente, ao se comparar campo e cidade, a vida na zona rural é vista como um contínuo de pobreza e dificuldades, não se considera os benefícios advindos do contato com a natureza, do ar puro, do trabalho braçal vigoroso, dos alimentos cultivados sem agrotóxicos, benefícios esses, que se estendem ao longo da vida.

A cultura familiar exerceu papel significativo no curso de vida dos informantes, nas práticas culturais de cuidados à saúde, no respeito às tradições, e principalmente na cultura religiosa de cada um. Do mesmo modo, as diversidades culturais existentes entre passado e presente emergem do vivido nos diferentes cenários culturais do campo e da cidade. A principal origem de apoio na vida dos mais idosos é constituída pela rede familiar, nos aspectos de proteção e ajuda financeira. Apesar dos conflitos causados pela presença de gerações mais jovens, conseguem viver em harmonia, e se ajudam mutuamente.

As histórias verbalizadas apresentaram um conjunto de tristezas, alegrias, perdas e ganhos. O curso interno e externo dos acontecimentos que mais causaram emoção e sofrimento foram os relatos das perdas pessoais, a morte de entes queridos e como superaram esses eventos. As narrativas abrangeram a sedimentação das experiências e conhecimentos dos longevos, expressas como sabedoria de vida.

Os informantes da história possuem uma visão positiva da vida que levam no presente, amam a vida, possuem autonomia e independência, realizam viagens, tomam suas próprias decisões e projetam planos para o futuro. Contudo, isto não os impede de reconhecer as perdas causadas pelo processo de envelhecimento.

Para os Países em desenvolvimento a Organização Mundial de Saúde pressupõe para o gênero feminino um envelhecimento com muitas incapacidades, índice de pobreza significativo, menos acesso a alimentos e uma condição solitária. No presente estudo as histórias apontaram uma estrutura processual de vida diferenciada, alimentação saudável, autonomia e independência num amplo sentido, inclusive financeira. Acostumadas a trabalhar na zona rural no passado, buscam no presente, alternativas compensatórias, a participação em trabalhos informais e voluntários, a prática de atividades físicas, tidas por elas como cuidado à saúde, isto constitui uma imposição para não se tornarem sedentárias.

A interpretação das histórias de vida permitiu uma visão ampliada do curso de vida, como também a construção de conhecimentos numa área ainda incipiente de investigações. Espera-se que as informações obtidas neste trabalho, contribuam na adequação de ações de promoção e cuidados específicos da enfermagem gerontológica, baseados especialmente no respeito à cultura destes indivíduos e no seu protagonismo.

Ao finalizar esse estudo existem os compromissos pessoais em dar continuidade às ações desenvolvidas na UBS e às visitas aos longevos entrevistados, pois não se pode utilizar o espaço, apenas como cenário de pesquisa se faz necessário, à devolutiva das informações, para que estas tenham significado para os participantes, bem como aos profissionais que cuidam destes.

A utilização das entrevistas narrativas se constituiu em importante tecnologia para a captação de informações relevantes na reconstrução das histórias de vida dos mais idosos. Os resultados emergentes são considerados um conhecimento local e isso significa que podem ser utilizados para a população de longevos da

Unidade Básica de Saúde, já que os participantes são usuários da mesma. O trabalho mostra sua aplicabilidade para a Enfermagem, pois esse conhecimento é essencial para se repensar e modificar as formas de trabalhar a saúde, a participação social e cultural, bem como as ações de cuidado gerontológico na manutenção da autonomia e independência dos longevos.

A construção de um modelo teórico e o desenvolvimento de pesquisa contemplando este segmento populacional aponta a necessidade da criação de uma abordagem específica, uma teoria focal de enfermagem de médio alcance para a assistência ao idoso longo.

Recomenda-se a realização de novas pesquisas, com enfoques e metodologias diferenciadas, mas que apresentem pontos congruentes que possam ser comparados, com o intuito de confirmar ou discordar de políticas e suas determinações como as aqui discutidas no Envelhecimento Ativo na perspectiva teórica de Curso de Vida.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, V. L. V. Velhice e projeto de vida: possibilidades e desafios. In: CÔRTE, B.; MERCADANTE, E. F.; ARCURI, I. G. (Orgs.). **Velhice envelhecimento complex(idade)**. São Paulo: Vetor, 2005. p. 91-110.

APPEL, M. La entrevista autobiográfica narrativa: fundamentos teóricos y la praxis del análisis mostrada a partir del estudio de caso sobre el cambio cultural de los otomíess en México. **FQS**, v. 6, n. 2, 2005.

ARAÚJO, L. F.; CARVALHO, V. A. M. L. Aspectos sócio-históricos da velhice. **MNEME - Revista de Humanidades**, v. 6, n. 13, p. 1-9, 2005.

ARENDT, H. **Homens em tempos sombrios**. São Paulo: Companhia de Bolso, 2008.

_____. **Entre o passado e o futuro**. 6 ed. São Paulo: Perspectiva; 2009.

_____. **A condição humana**. 11 ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2010.

BALTES, P. B.; SMITH, J. New frontiers in the future of aging: from successful aging of the young old to the dilemmas of the fourth age. **Gerontology**, v. 49, p.123-145, 2004.

BARTLE, P. What is community? - A sociological perspective. **Community Empowerment Collective**, 2007.

BASSIT, A. Z. O curso de vida como perspectiva de análise do envelhecimento na pós-modernidade. In: DEBERT, G. Gr.; GOLDSTEIN, D. **Políticas do corpo e o curso da vida**. São Paulo: Mandarim, 2000, p. 217-234.

BEAUVOIR, S. **A velhice**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1990

BENJAMIN, W. **Magia e técnica, arte e política**: ensaios sobre literatura e história da cultura. São Paulo: Editora e Livraria Brasiliense, 2011.

BERALDO, C. C.; CARVALHO, M. C. B. N. M. Política social de atenção ao idoso: trabalho social com idosos no SESC. In: Barros Junior (org.) **Empreendedorismo, trabalho e qualidade de vida na terceira idade**. São Paulo: Edicon, 2009, p. 153-173.

BERGOFFEN, D. Simone de Beauvoir. In: **The Stanford Encyclopedia of Philosophy**, 2010. Disponível em: <http://plato.stanford.edu/archives/fall2010/entries/beauvoir/>. Acesso em 20 de outubro de 2012.

BERTAUX, D. L'approche biographique: sa validité méthodologique ses potentialités. **Cahiers Internationaux de Sociologie**, v. 69, n. 2, p. 197-225, 1980.

BERTOLUCCI, P. H. F.; *et al.* O miniexame do estado mental em uma população geral: impacto da escolaridade. **Arq Neuropsiquiatria**, São Paulo, v.52, n.1, p.1-7, mar, 1994.

BÍBLIA, V.T. Salmos. Português. **Bíblia Sagrada**: revista e atualizada no Brasil. 2 ed. Trad. De: João Ferreira de Almeida. São Paulo: Sociedade Bíblica do Brasil, 1993a. cap. 139, vers. 2-10.

_____. Eclesiastes. Português. **Bíblia Sagrada**: revista e atualizada no Brasil. 2 ed. Trad. De: João Ferreira de Almeida. São Paulo: Sociedade Bíblica do Brasil, 1993b. cap. 3, vers. 1-8.

BIGOSSI, F. Vale a pena envelhecer? **Rev. Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, n. 8, p. 2209-2212, 2012.

BOBBIO, N. **O tempo da memória**: de senectude e outros escritos autobiográficos. Rio de Janeiro: Editora Campus LTDA, 1997.

BOFF, L. **Virtudes para um outro mundo possível**: convivência, respeito, tolerância. Petrópolis: Vozes, 2006.

BOSI, E. **O tempo vivo da memória**: ensaios de psicologia geral. São Paulo: Ateliê Editorial, 2003.

BRANDÃO, V. Memória autobiográfica: reflexões. In: CÔRTE, B.; MERCADANTE, E. F.; ARCURI, I. G. (Orgs.). **Velhice envelhecimento complex(idade)**. São Paulo: Vetor, 2005. p. 155-182.

BRASIL. Presidência da República. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília; 1988.

_____. Ministério da Saúde. **Lei Orgânica da Saúde nº 8080**, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para Promoção, Proteção, e Recuperação da Saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília; 1990.

_____. **Lei Orgânica de Assistência Social nº 8.742**, de 7 de dezembro de 1993. Dispõe sobre a Organização do Serviço Social e dá outras providências. Brasília, 1993.

_____. Ministério da Justiça. **Decreto nº 1.948**, de 03 de julho de 1996, regulamenta a **Lei nº 8.842** de 4 de janeiro de 1994. Dispõe sobre a Política Nacional do Idoso e dá outras providências. Brasília, 1996a.

_____. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 196**, de 10 de outubro de 1996 - Dispõe sobre a realização de pesquisas com seres humanos. Brasília, 1996b.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.395/GM**, de 10 de dezembro de 1999. Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. Brasília, 1999.

_____. Presidência da República. **Lei nº 10.741**, de 1º de outubro de 2003. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências. Brasília, 2003.

_____. **Portaria nº 2.528**, de 19 de outubro de 2006. Regulamenta Portaria nº 1.395/GM de 10 de dezembro de 1999 e aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. Brasília, 2006a.

_____. **Portaria nº 648/GM**, de 28 de março de 2006. Estabelece que a Estratégia da Saúde da Família é uma estratégia prioritária do Ministério da Saúde para organização da Atenção Básica. Brasília, 2006b.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 399/GM**, de 22 de fevereiro de 2006. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. Brasília, 2006c.

_____. Aprova a Política de Promoção da Saúde. **Portaria nº 687** de 30 de março de 2006. Brasília: Secretaria Nacional dos Direitos Humanos, 2006d.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Cadernos de Atenção Básica. **Envelhecimento e saúde da pessoa idosa**. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

_____. Presidência da República, **Decreto nº 7.655**, de 23 de dezembro de 2011, regulamenta a **Lei nº 12.382** de 25 de fevereiro de 2011, que dispõe sobre o valor do salário mínimo e a sua política de valorização de longo prazo. Brasília, 2011.

BRONFENBRENNER, U. Ecological system theory. **Annals of Child Development**, v. 6, p. 187-249, 1989.

_____. **A ecologia do desenvolvimento humano: experimentos naturais e planejados**. Porto Alegre: Artes Médicas, 2002.

BRUKI, S. M. D.; *et al.* Sugestões para o uso do mini-exame do estado mental no Brasil. **Arq. Neuropsiquiatria**, São Paulo, v. 61, n. 3B, p. 777-781, 2003.

CALDAS, C. P. Preparação para uma Aposentadoria Ativa. In: Barros Júnior, J. C. (org.) **Empreendedorismo, Trabalho e Qualidade de Vida na Terceira Idade**. São Paulo: Editora Edicon, 2009, p. 141-151.

CALDAS, C. P.; BERTERÖ, C. M. Living as an oldest old in Rio de Janeiro: the lived experience told. **Nursing Science Quarterly**, v. 20, n. 4, p.376-382.

CALDAS, C. P.; VERAS, R. P. Promovendo a saúde do idoso na comunidade. **Biblioteca Lascasas**, v. 3, n. 4, p. 773-781, 2007. Disponível em <http://www.indexf.com/lascasas/documentos/lc0274.php>. Acesso em: 10 de outubro de 2012.

CANCELA, D. M. G. O processo de envelhecimento. **Psicologia – Portal do Conhecimento**, Porto - Portugal. p. 1-15, 2008. Disponível em www.psicologia.com.pt. Acesso em 10 de novembro de 2011.

CAMARANO, A. A. **Envelhecimento da população brasileira: uma contribuição demográfica**. Rio de Janeiro: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada, 2002.

_____. Mulher idosa: suporte familiar ou agente de mudança? **Revista de Estudos Avançados**, v. 17, n. 49, p. 35-63, 2003.

CAMARANO, A. A.; KANSO, S.; MELLO, J. L. Como vive o idoso brasileiro? In: CAMARANO, A. A. (Org.). **Os novos idosos brasileiros: muito além dos 60?** Rio de Janeiro, IPEA, 2004. p. 25-73.

CAMARANO, A. A.; PASINATO, M. T. O envelhecimento populacional na agenda das políticas públicas. In: CAMARANO, A. A. (Org.). **Os novos idosos brasileiros: muito além dos 60?** Rio de Janeiro: IPEA, 2004. p. 253-292.

CARVALHO, M. C. B. N. M. **O diálogo intergeracional entre idosos e crianças**. Dissertação (Mestrado em Serviço Social). 123p. Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro. Departamento de Serviço Social. Rio de Janeiro; 2007.

CENTRO DE PESQUISA E DOCUMENTAÇÃO DE HISTÓRIA CONTEMPORANÊA DO BRASIL – CPDOC. **A era Vargas: dos anos 20 a 1945**. S. Paulo: Fundação Getúlio Vargas, 2012. Disponível em: <http://www.fgv.br/cpdoc>. Acesso em 10 de outubro de 2012.

CHRISTENSEN, K. *et al.* Ageing population: the challenges ahead. **Lancet**, v. 374, n. 9696, p. 1196-1208, 2010.

D'ARAUJO, M. C. **Perfis parlamentares: Getúlio Vargas**. Brasília: Biblioteca Digital da Câmara dos Deputados, - Centro de Documentação e Informação, 2011. Disponível em: <http://bd.camara.gov.br> - Acesso em 11 de outubro de 2012.

DEBERT, G. G. **A reinvenção da velhice**. São Paulo: EDUSP, FAPESP, 1999.

Departamento Intersindical de Estatística e Estudos Socioeconômicos - DIEESE. **Salário mínimo necessário**. São Paulo, 2012.

DIEHL, A. A. **Cultura historiográfica: memória, identidade e representação**. Bauru: EDUSC, 2002.

ELIADE, M. **O sagrado e o profano: a essência das religiões**. S. Paulo: Martins Fontes, 2011.

EUROPEAN UNION. **European year for active ageing and solidarity between generations**. Belgium: Age Platform Europe, 2011.

FENIANOS, E. E. **Bairro Alto e Atuba**. Coleção Bairros de Curitiba - v. 16. Curitiba: UniverCidade, 1999.

FERNANDES, G. C. M. **Rotinas e rituais de cuidado, nas famílias rurais com criança em transição inesperada do pós-desastre natural, no Vale do Itajaí/SC**. 2011. Tese (Doutorado em Enfermagem). 194p. Programa de Pós-graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2011.

FIRMINO, H. **Psicogeriatría**. Coimbra: Psiquiatria Clínica, 2006.

FLICK, U. **Introdução à pesquisa qualitativa**. 3. ed. Porto Alegre: Artemed, 2009.

FOLSTEIN, M. F; FOLSTEIN, S. E.; MCHUGH, P. R. Mini-mental state: A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. **J Psychiat Res**, Oxford, v. 12, n.3, p. 189-198, 1975.

FONSECA, A. **Uma abordagem psicológica “da passagem à reforma”** 583 p. Tese. (Doutorado em Ciências Biomédicas). Instituto de Ciências Biomédicas de Abel. Universidade do Porto – Portugal, 2009.

FONTAINE, R. **Psicologia do envelhecimento**. Lisboa: Climepsi, 2000.

FREITAS, M. C.; QUEIROZ, T. A.; SOUZA, J. A. V. O significado da velhice e da experiência de envelhecer para os idosos. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v. 44, n. 2, p.407-412, 2010.

FRIES, J. F. Compression of morbidity. **The Milbank Quarterly**, v.83, n. 4, p. 801-823, 2005.

FRY, K. A. **Compreender Hannah Arendt**. Petrópolis: Vozes; 2010.

GATTI, B; ANDRÉ, M. A relevância dos métodos de pesquisa qualitativa em educação no Brasil. In: WELLER, W; PFAFF, N. (Orgs.). Metodologias da pesquisa qualitativa em educação: teoria e prática. Petrópolis: Vozes, 2010, p. 27-38.

GATTO, I. B. Aspectos psicológicos do envelhecimento. In: PAPALÉO NETTO (org.). **Gerontologia**. São Paulo: Atheneu, 2002.

GOLDENBERG, M. **A arte de pesquisar**: como fazer pesquisa qualitativa em ciências sociais. Rio de Janeiro: Record, 2007.

GOULART, D.; *et al.* Tabagismo em idosos. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.**, v. 13, n.2 p.313-320, 2010.

GUEIROS, D. A. Família e proteção social: questões atuais de limites da solidariedade familiar. **Rev. de Serviço Social e Sociedade**, n. 71. p. 102-121, 2002.

HALBWACHS, M. **Les cadres sociaux de la mémoire**. Nouvelle édition. Paris: Les Presses Universitaires de France, 1952.

HAMMERSCHMIDT, K. S. A; BORGHI, A. C. S.; LENARDT, M. H. Ética e estética: envolvimento na promoção do cuidado gerontológico de enfermagem. **Texto Contexto – Enferm.** v. 15, n. esp, p. 114-124, 2006.

HELLER, A. **O cotidiano e a história**. São Paulo: Paz e Terra, 2008.

HERMANNNS, H. Narratives Interview. In: FLICK, U. *et al.* (Orgs.), **Handbuch Qualitative Sozialforschung**. München: Psychologie Verlags Union, 1995. p. 182-185.

HUTCHISON, T.; MORRISON, P.; MIKHAILOVICH, K. **A review of the literature on active ageing**. Canberra: University of Canberra – Australian, 2006.

IDLER, E. L.; MCLAUGHLIN, J.; KASL, S. Religion and the quality of life in the last year of life. The **Journals of Gerontology: Social Sciences**, series B, v. 64B, Issue 4, p. 528-537, 2009.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA - IBGE. **Síntese de indicadores sociais**: uma análise das condições de vida da população brasileira. Rio de Janeiro: IBGE, 2008a.

_____. **Projeção da população do Brasil por sexo e idade, 1980-2050**: revisão 2008. Rio de Janeiro: IBGE, 2008b.

_____. **Sinopse do censo demográfico 2010.** Disponível em: <http://www.ibge.gov.br>. Acesso em 06 de agosto de 2011.

INSTITUTO DE PESQUISA E PLANEJAMENTO DE CURITIBA - IPPUC. **Históricos dos bairros de Curitiba.** Curitiba: IPPUC, 1975.

_____. **Aspectos físicos do Bairro Alto.** Curitiba: IPPUC, 2005.

_____. **População, faixa etária e sexo.** Curitiba: IPPUC, 2010.

_____. **Equipamentos municipais do Bairro Alto.** Curitiba: IPPUC, 2011.

INSTITUTO ESTADUAL DO PATRIMÔNIO CULTURAL - INEPAC. **Medicina popular.** Rio de Janeiro: Secretaria de Estado de Cultura, 2005.

JORGE, W.; MARTINS, V. Homens e máquinas nas florestas com araucária - 1900 a 1930. In: SOCHODOLAK, H.; CAMPIGOTO, J. A. (Orgs.). **Estudos em história cultural na região Sul do Brasil.** Guarapuava: Editora UNICENTRO, 2008. p. 219-251.

KALACHE, A. O século do envelhecimento: qual sociedade queremos construir? In: **Anais da 2ª Conferência Nacional dos Direitos da Pessoa Idosa** - 18 a 20 de março de 2009. Brasília: Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República, 2010.

KARLAMANGLA, A. S.; *et al.* Trajectories of cognitive function in late in the US: demographic and socioeconomic predictors. **Am. J. Epidemiol.** Oxford, v. 170, n. 3, p. 33-342, 2009.

KLEBA, E. Reforçando a ação comunitária. In: **Anais do I Simpósio Catarinense de Promoção de Saúde – Diálogo com as Estratégias da Carta de Otawa.** Florianópolis, 2 e 3 de julho de 2012.

KLETEMBERG, D. F. **A construção da enfermagem gerontológica no Brasil: 1970-1996.** Tese (Doutorado em Enfermagem). 185 f. Centro de Ciências da Saúde. Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, 2010.

KOBAYASHI, Eliza. O que foi a revolução constitucionalista de 1932? **Rev. Nova Escola Digital.** Disponível em: <http://revistaescola.abril.com.br/historia/fundamentos/>

[foi-revolucao-constitucionalista-1932-482251.shtml](#). Acesso em: 12 de outubro de 2012.

KNOPOFF, R.; SANTAGOSTINO, L.; ZAREBSKI, G. Resiliência y envejecimiento. In: MELILLO, A.; OJEDA, E.N.S.; RODRÍGUES, D. (Orgs.). **Resiliência y Subjetividad**: los ciclos de vida. Buenos Aires: Paidós, p. 214-228, 2004.

KRÜGER, H. H. Entwicklungslinien, Forschungsfelder und Perspektiven der erziehungswissenschaftlichen Biographieforschung. In: KRÜGER, H. H.; MAROTZKI, W. (Org.). **Handbuch erziehungswissenschaftliche Biographieforschung**. 2ª ed. Opladen: VS Verlag für Sozialwissenschaften, 2006, p. 13-33.

KUMON, M. T. Entre o passado e o presente: **A condição humana de um grupo de idosos, ex-presos políticos do golpe militar de 1964, na perspectiva de Hannah Arendt**. Dissertação (Mestrado em Gerontologia). 208 f. Universidade Católica de Brasília. Brasília, 2006.

LARAIA, R. B. **Cultura**: um conceito antropológico. 14 ed. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 2001.

LE GOFF, J. **História e memória**. Tradução Irene Ferreira, Bernardo Leitão, Suzana Ferreira Borges. Campinas: Editora UNICAMP, 2003.

_____. A história nova. In: LE GOFF, J.; CHARTIER, R.; REVEL, J. **A história nova**. Tradução Eduardo Brandão. São Paulo: Martins Fontes, 2007, p. 32-84.

LENARDT, M. H.; *et al.* O idoso portador da doença de Alzheimer: o cuidado e o conhecimento do cuidador familiar. **Rev. Min. Enferm**, v.14, n. 3, p. 301-307, 2010.

_____. O idoso institucionalizado e a cultura de cuidados profissionais. **Cogitare Enferm**, v. 11, n 2, p. 117-123, 2006.

LEYS, M; DE ROUCK. **Active ageing and independent living services**: core propositions leading to a conceptual framework. European Commission. Luxemburg: Office for Official Publications of The European Communities, 2005.

LIMA, M. A. M.; *et al.* Envelhecimento bem-sucedido: trajetórias de um constructo e novas fronteiras. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, v. 12, n.27, p. 794-807, 2008

LIMA-COSTA, M. F.; CAMARANO, A. A. Demografia e epidemiologia do envelhecimento no Brasil. In: MORAES, E. N. **Princípios básicos de geriatria e gerontologia**. Belo Horizonte: Coopmed, 2008.

LOBIONDO-WOOD, G.; HABER, J. **Pesquisa em Enfermagem**: Métodos, avaliação crítica e utilização. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan; 2001.

LOUREIRO, H. M. A. M. **Cuidar na “entrada da reforma”**: uma intervenção conducente à promoção da saúde de indivíduos e das famílias. TESE (Doutorado em Ciências da Saúde). 381 f. Universidade de Aveiros, 2011.

MANFRINI, G.C.; BOEHS A. E. Entrevista com a família: uma estratégia para conhecer e para cuidar. **Fam. Saúde e Desenv.**, v.6, n.1, p. 49-56, 2004.

MATOS, P. R. M. A. de. Ser-se mais do que velho: tempo, memória e velhice no contexto de um lar. In: CONGRESSO LUSO – AFRO – BRASILEIRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS, 2004, Coimbra. **Anais**, Coimbra, 2004. p. 1-22.

MATOS, G. P. B.; ALCÂNTARA, A. O. Na ciranda da vida: um estudo sobre o papel das relações intergeracionais no processo (re) integração social dos velhos na contemporaneidade. **A terceira idade**, v. 22, n. 52, p. 21-32, 2011.

MARTINS, J. J.; *et al.* Políticas públicas de atenção à saúde do idosos: reflexão acerca da capacitação dos profissionais da saúde para o cuidado com o idoso. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.**, v. 10, n. 3, p.1-12, 2007.

MENDES, E. V. **As Redes de Atenção à Saúde**. Minas Gerais: Escola de Saúde Pública, 2009.

MENEZES, T. M. O.; LOPES, R. L. M. Produção do conhecimento sobre idoso longo: 1998-2008. **Rev. Enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v.17, n.4, p.569-574, 2009.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: Hucitec, 2010.

MIRANDA, M. L. **Amizade na velhice**. Monografia (Especialização em Filosofia Contemporânea). Pontifícia Universidade Católica - PUC. Rio de Janeiro, 2005.

MIRANDA, M. P. B. V. B. **Amarras do mundo rural**: implicações de isolamento social na saúde e nos projetos jovens. Dissertação (Mestrado em Sociologia da Saúde). 164p. Universidade do Minho. Braga - Portugal, 2004.

MÓAS, L. C. Da família patriarcal à contemporânea. Entre o velho e o novo: o surgimento de novos arranjos familiares. **Conhecimento & Diversidade**, Niterói, n.2, p. 65-78, 2009.

MORAES, E. N.; SILVA, L. A. Bases do envelhecimento do organismo e do psiquismo In: MORAES, E. N. (Org.). **Princípios básicos de geriatria e gerontologia**. Belo Horizonte: Ed.Coopmed, 2008, p.21-36.

MORAES, E. N.; MARINO, M. C. A.; SANTOS, R. R. Principais síndromes geriátricas. **Rev. Med. Minas Gerais**. V. 20, n. 1, p. 54-66, 2010.

MORIN, E. **Cultura de massas no século XX – neurose**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2000.

_____. **Introdução ao pensamento complexo**. 3 ed. Porto Alegre: Sulina, 2007.

MOTTA, A. B. Sociabilidades possíveis: idosos e tempo geracional. In: PEIXOTO C. E. (Org.). **Família e Envelhecimento**. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2004. p. 109-144.

NAHAS, M. V. **Atividade física, saúde e qualidade de vida**: conceitos e sugestões para um estilo de vida ativo. 5 ed. Londrina: Midiograf, 2010.

NASRI, F. O envelhecimento populacional no Brasil. **Rev. Einstein**, v. 6, supl. 1, 54-56, 2008.

NERI, A. L. **Envelhecendo num país de velhos**: significados de velho e velhice segundo brasileiros não (a) velhos (as). Campinas: Editora UNICAMP, 1991.

_____. Teorias psicológicas do envelhecimento. In: FREITAS, E. V. (Org.). **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005, p.32-45.

_____. **Palavras-chave em gerontologia**. 2 ed. Campinas: Editora Alínea, 2005.

NERI, A. L.; CACHIONI, M. Velhice bem-sucedida e educação. *In*: NERI, A. L.; DEBERT, G. G. (Orgs.). **Velhice e sociedade**. Campinas: Papirus, 1999. p. 113-140.

NERY, M. J. G. S. **Psicoterapia cognitiva e transpessoal**. Campinas, 2012.

NYGREN, B.; NORBERG, A.; LUNDMAN, B. Inner strength as disclosed in narratives of the oldest old. **Qualitative Health Research**, v. 17, n.8, p.1060-1073, 2007.

OLIVEIRA A. S.; *et al.* 1985. **Introdução ao pensamento filosófico**. S. Paulo: Loyola, 1985.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. **I Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento**. Viena. 26 de julio - 6 de agosto de 1982.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE - OMS. **Constituição**. 1946. Disponível em <<http://www.onuportugal.pt/oms.doc>>. Acesso em 11 de novembro de 2011.

_____. Organização Pan-Americana da Saúde. Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde - **Declaração de Alma - Ata**. 06 - 12 de setembro de 1978. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 1978.

_____. **II Assembleia Mundial sobre o Envelhecimento**. Madri. 8 - 12 de abril de 2002.

_____. **Envelhecimento ativo: uma política de saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2005.

OSÓRIO, A. R. Os idosos na sociedade actual. *In*: OSÓRIO, A. R.; PINTO, F. C. (Orgs.). **As pessoas idosas: Contexto social e intervenção educativa**. Lisboa: Instituto Piaget; 2007.

PADILHA, M. I. C. S.; BORENSTEIN, M. S. O método de pesquisa histórica na enfermagem. **Texto e Contexto Enferm**. Florianópolis, v.14, n. 4, p. 575-84, 2005.

PAPALÉO NETTO, M. *et al.* **Gerontologia**. São Paulo: Atheneu, 2002.

_____. Longevidade: desafio no terceiro milênio. **O mundo da saúde**, v. 29, n. 4, p. 594-607, 2005.

PEIXOTO, C. E. Aposentadoria: retorno ao trabalho e solidariedade familiar. *In*: PEIXOTO, C. E. (Org). **Família e envelhecimento**. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2004. p. 46-66.

PELZER, M. T.; SANDRI, J. V. A. O viver saudável no envelhecimento humano contextualizado através da história. **Rev. Gaúcha Enf**, Porto Alegre, v. 23, n. 2, p. 109-122, 2002.

PENTEADO, P. T. P. da S. **Idosos - Condições de vida, saúde e nutrição no município de Curitiba**. Tese (Doutorado em Meio Ambiente e Desenvolvimento) 298 p. Universidade Federal do Paraná. Curitiba, 2001.

RAMOS, L. R. Fatores determinantes do envelhecimento saudável em idosos residentes em um centro urbano: projeto epidoso. São Paulo. **Cad. Saúde Pública**, v.19, n. 3, p. 793-798, 2003.

REVERBEL, C. **Maragatos e pica-paus: guerra civil e degola no Rio Grande**. Porto Alegre: L&PM Editores, 1985.

RIES, J. **O sentido do sagrado: nas culturas e nas religiões**. S. Paulo: Ideias & Letras, 2008.

ROGERS, C. C. Growth of the oldest old population and future implication for rural areas. Washington (DC), **Rural Development Perspectives**, v. 14, n. 3, 2000.

SANTANA, M. C.; CUPERTINO, A. P. F. B.; NERI, A. L. Significados de religiosidade segundo idosos residentes na comunidade. **Rev. de Geriatria & Gerontologia**, v.3, n. 2, p. 70-77, 2009.

SANTOS, F. S. **As plantas brasileiras, os jesuítas e os indígenas: história e ciência na triaga brasílica / século XVII – XVIII**. S. Paulo: Editora Casa do Novo Autor, 2009.

SCHNEIDER, R. E.; IRIGARAY, T. Q. O envelhecimento na atualidade: aspectos cronológicos, biológicos, psicológicos e sociais. **Estudos de Psicologia**, v. 25, n. 4, p. 585-593, 2008.

SCHÜTZE F. Narrative repraesentation kollektiver schicksalsbetroffenheit. In: Elaemmert, editor. **Erzaehlforschung**. Stuttgart: J. B. Metzler, 1983. p. 568-90.

_____. **Biographical analysis on the empirical base of autobiographical narratives**: How to analyse autobiographical narratives interviews-Part 1. Module B.2.1. INVITE-Biographical counseling in rehabilitative vocational training-further education curriculum, 2007a.

_____. **Biographical analysis on the empirical base of autobiographical narratives**: How to analyse autobiographical narratives interviews-Part 1. Module B.2.2. INVITE-Biographical counseling in rehabilitative vocational training-further education curriculum, 2007b.

_____. Pesquisa biográfica e entrevista narrativa. In: WELER, W.; PFAFF, N. (Orgs.). **Metodologias da pesquisa qualitativa em educação**. Petrópolis: VOZES, 2010. p. 210-222.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE CURITIBA. Centro de Epidemiologia. Coordenação de Diagnóstico em Saúde. **Perfil de Saúde do Idoso de Curitiba**. Curitiba, 2010.

SILVA, A. P.; *et al.* “Conte-me sua história”: reflexões sobre o método história de vida. **Mosaico: estudos em Psicologia**, v. 1, n.1, p. 25-35, 2007.

SILVA, S. A. Hannah Arendt, pensadora da política e da liberdade. **Filosofia Conhecimento Prático**, v. 28, p. 22-28, 2011.

SILVA, W. C. L. Biografias: construção e reconstrução da memória. **Fronteiras**, v. 11, n. 20, p. 151-166, 2009.

SIQUEIRA, M. E. C. Teorias sociológicas do envelhecimento. In: NÉRI, A. L. (Org.). **Desenvolvimento e envelhecimento**: perspectivas biológicas, psicológicas e sociológicas. Campinas: Papirus; 2007. p. 73-112.

STANLEY, M.; BLAIR, K. A.; BEARE, P. G. **Gerontological nursing**: promoting successful aging with older adults. Philadelphia: F. A. Davis Company, 2005.

TEIXEIRA, I. N. D'A.; NERI, A. L. **Envelhecimento bem-sucedido: uma meta no curso da vida.** Psicol. USP, v.19, n. 1, p. 81-94, 2008.

TEIXEIRA, S. M.; RODRIGUES, V. S. Modelos de família entre idosos: famílias restritas ou extensas. **Rev. Geriatr. Gerontol.**, v. 12, n. 2. p. 239-254, 2009.

TELLES, S. C. C. **A construção do campo do conhecimento sobre as atividades físicas para idosos no Brasil.** Tese (Doutorado em Educação Física). 197p. Universidade Gama Filho – Programa de Pós- Graduação em Educação Física - Rio de Janeiro, 2008.

TURATO, E. R. Métodos qualitativos e quantitativos na área da saúde: definições, diferenças e seus objetivos de pesquisa. **Rev. Saúde Pública**, v.39, n. 3, p. 507-514, 2005.

UNIÃO EUROPEIA. Ano Europeu do Envelhecimento Ativo e da Solidariedade entre Gerações – AEEASG. **Programa de ação.** Portugal, 2012.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA – UFSC. Pró-Reitoria de Pesquisa e Extensão. I Simpósio Catarinense de Promoção da Saúde - Diálogo com as Estratégias da Carta de Ottawa. In: **Anais - Página de Apresentação.** Florianópolis, 02 e 03 de julho de 2012.

VERAS, R. Envelhecimento populacional contemporâneo: demandas, desafios e inovações. **Rev. Saúde Pública**, v. 43, n.3, p. 548-54, 2009.

VILELA, T. Brasil na Segunda Guerra: da neutralidade ao rompimento do eixo. História do Brasil – Pedagogia & Comunicação, p. 3. Disponível em: <http://educação.uol.com.br/história-brasil/brasil-na>. Acesso em 12 de outubro de 2012.

WELLER, W. Tradições Hermenêuticas e interacionistas na pesquisa qualitativa: a análise de narrativas segundo Fritz Schütze. In: **Anais** da 32ª Reunião Anual da Anped, 2009, Caxambu, 2009. p. 1-16.

WELLER, W.; PFAFF, N. **Metodologias da pesquisa qualitativa em educação: teoria e prática.** Petrópolis: Vozes, 2010.

WILLIG, M. H.; LENARDT, M. H.; MÉYER, M. J. A trajetória das políticas públicas no Brasil: Breve análise. **Cogitare Enferm.**, V.17, n.3, p. 574-577, 2012.

WORLD HEALTH ORGANIZATION - WHO. The Ottawa Charter for Health Promotion. **First International Conference on Health Promotion**, Ottawa, 21 November 1986. Disponível em: <http://www.who.org>. Acesso em 10 de agosto de 2012.

_____. A glossary of terms for community health care and services for older persons. 2004. **Ageing and Health Technical Report**, v. 5, 2004. Disponível em: <http://www.who.org>. Acesso em 14 outubro de 2011.

WRIGHT - ST CLAIR, V. A. **Being aged in the everyday**: uncovering the meaning through elders' stories. Thesis (Philosophy Doctorate). 273p. The University of Auckland - New Zealand, 2008.

APÊNDICES

| | |
|---|-----|
| APÊNDICE 1 - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO | 139 |
| APÊNDICE 2 - AUTORIZAÇÃO PARA USO DE IMAGEM | 141 |
| APÊNDICE 3 - INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS..... | 142 |
| APÊNDICE 4 - AS SÍNTESES DAS HISTÓRIAS DE VIDA..... | 143 |

APÊNDICE 1 - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)



UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ
SETOR DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM
ENFERMAGEM
CURSO DE DOUTORADO EM ENFERMAGEM

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)**

- a) O (a) senhor (a) está sendo convidado para participar da pesquisa “AS HISTÓRIAS DE VIDA DOS IDOSOS LONGEVOS DE UMA COMUNIDADE: O ELO ENTRE O PASSADO E O PRESENTE”. Esta pesquisa será desenvolvida pela Enfermeira Doutoranda Mariluci Hautsch Willig, sob orientação da Prof^a. Dra. Maria Helena Lenardt.
- b) O objetivo do estudo é: Interpretar As histórias de vida dos idosos longevos, usuários de uma Unidade Básica de Saúde em Curitiba- PR, tomando como base suas narrativas.
- c) Sua participação é voluntária e sua decisão, livre. O senhor (a) tem a liberdade de se recusar a participar, ou desistir a qualquer momento. Se não aceitar participar, sua recusa não afetará a assistência à sua saúde. Caso aceite, solicitamos que inicialmente assine este termo de consentimento.
- d) Este estudo não oferece riscos; porém, caso o (a) senhor (a) sinta que qualquer questão lhe causa desconforto ou se mudar de ideia por outro motivo, sinta-se à vontade para se recusar a responder a pergunta, ou até mesmo, retirar sua autorização de participação quando desejar, sem apresentar justificativa.
- e) Espera-se com essa pesquisa a produção de conhecimentos para a enfermagem e demais profissionais de saúde que possibilitem a realização de novos planejamentos no atendimento ao idoso e melhorar o cuidado destes na Unidade Básica de Saúde.
- f) A pesquisadora Mariluci Hautsch Willig é responsável pela pesquisa e poderá ser contatada pelo telefone (41) 9996.4567, e (41) 3361.3761, e-mail familiawillig@terra.com.br. Se desejar, o (a) senhor (a) poderá entrar em contato pessoalmente à Av. Pref. Lothario Meissner, 632 – 3º andar, na sala do Grupo

Multiprofissional de Pesquisa sobre Idosos (GMPI), de segunda a sexta, no horário de 13h30min as 17h30min, para esclarecimento de dúvidas.

g) Como participante, o (a) senhor (a) poderá obter as informações que desejar, antes, durante e após a realização desta pesquisa. Caso tenha interesse, o (a) senhor(a) poderá ser informado de todos os resultados obtidos.

h) As informações derivadas desta pesquisa serão utilizadas pelos pesquisadores responsáveis e se forem solicitadas, serão apresentadas às autoridades legais. Nos estudos para publicações, os pesquisadores vão tratar a sua identidade com sigilo profissional e seu nome não aparecerá. Para manter a sua confidencialidade, será usado um código e o (a) senhor (a) não será identificado (a).

i) Será mantido o seu anonimato após o encerramento da pesquisa.

j) As despesas com esta pesquisa não são de sua responsabilidade.

k) O (a) senhor (a) não receberá qualquer valor em dinheiro para participar deste estudo.

Eu, _____ CPF/RG _____, abaixo assinado concordo voluntariamente em participar deste estudo. Fui informado/a e esclarecido/a sobre os objetivos da pesquisa, na explicação que recebi menciona os potenciais riscos e benefícios envolvidos com a minha participação. Eu entendi que sou livre para interromper minha participação no estudo a qualquer momento sem justificar minha decisão e sem que esta decisão afete meu tratamento na Unidade Básica de Saúde.

Curitiba, ____ de _____ de 2012.

Assinatura do sujeito de pesquisa

Assinatura Pesquisador Responsável

Mariluci Hautsch Willig

APÊNDICE 2 - AUTORIZAÇÃO PARA USO DE IMAGEM



UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ
SETOR DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM
ENFERMAGEM
CURSO DE DOUTORADO EM ENFERMAGEM



AUTORIZAÇÃO PARA USO DE IMAGEM

Eu, _____

Autorizo o uso de minha imagem (fotos), na apresentação oral e escrita da pesquisa intitulada: “AS HISTÓRIAS DE VIDA DOS IDOSOS LONGEVOS DE UMA COMUNIDADE: O ELO ENTRE O PASSADO E O PRESENTE”, desenvolvida pela Enfermeira **Mariluci Hautsch Willig**.

Curitiba, ____ de _____ de 2012.

Assinatura do participante da pesquisa

APÊNDICE 3 - INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS



UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ
SETOR DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM
ENFERMAGEM
CURSO DE DOUTORADO EM ENFERMAGEM



“AS HISTÓRIAS DE VIDA DOS IDOSOS LONGEVOS DE UMA COMUNIDADE:
O ELO ENTRE O PASSADO E O PRESENTE”

INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

Data da Entrevista Narrativa: ____/____/____

Questão Narrativa:

Estou pesquisando histórias de vida de idosos com 80 anos ou mais e gostaria de conhecê-lo melhor. Para isso peço que o senhor (a) conte sua **história**. A melhor maneira de fazê-lo seria **começar pelo seu nascimento**, então contar todas as coisas, **uma após a outra**, até o dia de hoje. O senhor (a) não precisa ter pressa, **e também pode dar detalhes**, porque tudo que for importante para o senhor (a) me interessa. Para que o senhor (a) conte sua **história de vida livremente**, eu não vou interrompê-lo (a). O senhor (a) me dirá **quando a história acabou** e somente depois eu farei **algumas perguntas** para esclarecer o que **não entendi bem**. Concorda?

(Fonte: Adaptado de HERMANNNS, 1995 p. 182).

APÊNDICE 4 - AS SÍNTESES DAS HISTÓRIAS DE VIDA

AS SÍNTESES DAS HISTÓRIAS DE VIDA

Longeva 2 - 83 anos

Nasceu no município de Guarapiranga, São Paulo, seus pais eram trabalhadores rurais, e bem pobres, tiveram seis filhos. Todos os partos foram realizados pela parteira, que era conhecida da família. Não estudou, pois teve que trabalhar desde pequena, comia arroz, feijão e carne dos animais que criavam. Lembra que o serviço era muito pesado, e que brincavam à noite depois que chegavam da roça.

Conheceu seu marido com 19 anos, namoraram três anos antes de casar, após o casamento se mudaram para o interior do Paraná onde começaram a cultivar café. Conforme os filhos foram crescendo decidiram vir pra Curitiba onde o marido passou a trabalhar como metalúrgico.

São casados há 63 anos. Criaram cinco filhas e três filhos. Revela-se extremamente feliz e agradecia a Deus pela vida que teve e tem hoje, com o relacionamento como os filhos.

Em sua rotina diária prepara e toma o café, faz as atividades domésticas, o almoço e lava a louça. No final da tarde toma café novamente, assiste à televisão e se prepara para dormir. A longeva gosta de frutas, e come pouca carne. É católica e acredita que a longevidade do casal se deva à Proteção Divina e ao fato, de serem pessoas boas, que nunca quiseram ou fizeram mal para alguém.

Longevo 3 - 84 anos

Nasceu no município de Birigui, no interior de São Paulo. Sua mãe era de origem italiana e seu pai afrodescendente. Tiveram cinco filhos. Trabalhou desde pequeno na roça e por este motivo nunca pode estudar. Gostava muito de jogar futebol e participava de torneios amadores. Sua esposa é irmã de um colega do time, jogou futebol até os 40 anos de idade.

Veio para Curitiba quando os filhos já estavam adultos e foi trabalhar junto com um dos filhos como metalúrgico. Recebe aposentadoria de um salário mínimo. Há quatro anos teve um problema de saúde, sangue oculto nas fezes, ficou

internado, fez tratamento e sarou. Toma remédios para a próstata, coração e pressão alta. O casal tem o costume de ir à igreja aos sábados e domingos, e sair passear com os filhos nos domingos após a igreja.

Em sua rotina diária costuma levantar, depois fazer alguns exercícios. Após, toma o café feito pela esposa, toma os remédios, e vai assistir à missa na televisão. Almoça e vai descansar, acorda e vai para frente de casa e fica conversando com os vizinhos que passam. No final da tarde lancha alguma coisa, mas não costuma jantar. Quando pode assiste futebol na televisão e depois vai dormir. O Longevo acredita que deve sua longevidade a Deus e Nossa Senhora.

Longeva 5 - 89 anos

Nasceu no Estado de Santa Catarina, numa localidade denominada Conquista próxima a cidade de Joinville. Seus pais tiveram treze filhos, e viviam da pesca e da lavoura. Sua mãe faleceu quando ela tinha oito anos e o pai quatro anos após. Pouco antes de sua mãe falecer foi morar com sua madrinha em Joinville, sua madrinha era professora e a levava para a escola, estudou até a terceira série do primário. Permaneceu nesse local até os 22 anos de idade, depois viveu pouco tempo em um sítio com o irmão, vindo posteriormente para Curitiba.

Em Curitiba foi trabalhar em um local que funcionava como pensão e restaurante, cujos donos eram evangélicos, ela exercia o cargo de ajudante de cozinha. No restaurante conheceu seu futuro marido, que trabalhava como garçom do estabelecimento. Casaram e vieram morar no Bairro Alto, tiveram uma filha. Após o casamento só trabalhou em casa. O marido tomava café, pegava a bicicleta e ia trabalhar numa barbearia na Rua Saldanha Marinho. Após a aposentadoria seu marido montou uma barbearia no mesmo terreno onde moravam. Ficou casada por 39 anos, o marido faleceu de câncer (de próstata). Ela recebe pensão de um salário mínimo.

Hoje tem duas netas e duas bisnetas. Atualmente divide o terreno com uma das netas. Frequenta a igreja Assembleia de Deus do bairro, na qual participa de algumas atividades. Afirmar tomar apenas remédios por causa de problema cardíaco, e analgésico para as dores provocadas pela artrose. Vai ao mercado acompanhada da neta, é pensionista do INSS e acredita que a pensão seja o suficiente para viver.

A longeva relata que come pão, bolacha café com leite ou chá no café da manhã. No almoço come carne, verdura, arroz, feijão, macarrão, batata, ovos. Gosta

de carne de galinha e peixe, mas não tem o costume de jantar. Durante o dia a longeva, cuida de sua horta, limpa a casa, descansa e lê a Bíblia. Não gosta de assistir televisão ou ouvir rádio. A longeva se revela bastante religiosa e temente a Deus, atribuindo a ele a sua segurança e a causa de sua longevidade.

Longeva 6 - 86 anos

Nasceu em Santa Catarina, perto de Canoinhas, em um lugar chamado Cruz, como seu pai era maquinista e trabalhava na empresa madeireira norte-americana Lumber³⁶, eles viviam se mudando para localidades onde existiam florestas a serem exploradas.

Na madeireira não havia escola e quando havia eram muito longe, chegou a estudar quando morou no município de Canoinhas. Quando tinha cinco anos lembra-se da passagem dos “pica paus”³⁷ pela região e que a família precisou fugir para o outro lado do rio enquanto eles passavam pela ferrovia.

Casou com 18 anos de idade com um contador da empresa Lumber. Quando o governo assumiu o controle da Lumber, seu marido passou a trabalhar para o exército e em 1957 veio transferido para Curitiba. Nessa época seu filho tinha doze anos. Teve mais uma filha em Curitiba, hoje tem três bisnetos. O marido faleceu há doze anos vítima de aneurisma com 85 anos.

Atualmente, mora sozinha, mas divide o terreno com a irmã. Tem plano de saúde particular que é pago pelo seu filho, vai sozinha à igreja e recebe muitas visitas, fuma desde os doze anos de idade.

Em sua rotina diária ela levanta, prepara seu chimarrão, toma café e após vai limpar a casa, o jardim, cuidar da horta, prepara o almoço, come de tudo, arroz, feijão, salada, carne. Lava a louça, a roupa, toma chimarrão à tarde e depois o café da tarde, não tem o costume de jantar.

³⁶ A *Southern Brazil Lumber and Colonization Company* considerada a maior madeireira da América Latina no início do século XX, foi fundada nos Estados Unidos, empresa madeireira e colonizadora, subsidiária da empresa construtora da mais importante ferrovia do Sul do Brasil, a São Paulo – Rio Grande. A empresa instalou serrarias a partir de 1911 em área contestada entre os Estados do Paraná e Santa Catarina, expulsou os caboclos e índios do local, e os que se recuzavam a sair do local eram castigados ou mortos, desamparados sujeitavam-se a trabalhar na serraria (JORGE; MARTINS, 2008).

³⁷ Os termos “Maragatos e Pica-paus” representam duas grandes e tradicionais correntes políticas do Estado do Rio Grande do Sul. A origem desses nomes remete à Revolução Federalista que ocorreu no estado com início em 1893 e teve continuidade em 1923, as perseguições e os assassinatos de opositores tornaram-se fato comum em diversas cidades do Estado. Este método punitivo aos perdedores era de extrema crueldade dada à situação em que se encontravam (REVERBEL, 1985).

Longeva 7 - 81 anos

Nasceu em Santa Catarina, na localidade chamada Bugre, próximo ao município de Três Barras. Seu pai era de origem italiana e sua mãe curitibana. Passou parte de sua infância em Santa Catarina com o avô. O pai da longeva era maquinista de trem e trabalhava para a empresa madeireira norte-americana Lumber.

Acredita que sua vida no tempo da infância era muito saudável, pois tinha tudo à vontade, galinha, porco, vaca. Foi criada em volta das florestas de onde a madeireira cortava as árvores. Próximo à madeireira só havia uma escola primária por esse motivo não continuou os estudos. Casou aos 18 anos, porém logo se divorciou, teve duas filhas que acabaram sendo criadas pelos seus pais

Quando a Empresa em que seu pai trabalhava foi estatizada ele recebeu uma indenização, e vieram para Curitiba, onde ela passou a trabalhar de empregada doméstica, na época tinha 21 anos de idade. Teve mais um filho, seus pais também o criaram até falecerem, após este fato ela passou a criar os filhos sozinha. Trabalhou na Santa Casa no serviço de zeladoria, permaneceu nesse local por 24 anos até se aposentar com um salário mínimo.

Mora há 40 anos no bairro, numa casa que é sua, mas divide o terreno com a irmã, no momento mora com o filho que é divorciado. Suas duas filhas moram em Curitiba e são casadas, tem nove netos e cinco bisnetos.

A longeva vende cosméticos de porta em porta para completar sua renda. Afirma que toma remédios para hipertensão e que vai regularmente à UBS verificar a pressão. Adquiriu o hábito de fumar desde o tempo em que trabalhava na Santa Casa. Participa de um grupo de senhoras vinculado à igreja, realiza compras e anda de ônibus.

De manhã cedo toma chimarrão e depois o café com a irmã, lava a roupa, a louça, se tiver que sair deixa esse serviço para mais tarde. No seu almoço come de tudo: arroz, feijão, verdura, apenas carne ela come em pequenas quantidades por orientação médica. À noite se está sozinha toma café, mas se tem companhia do filho ou do neto, faz o jantar.

Seu pai morreu com 64 anos de idade e sua mãe faleceu cinco anos após a morte do pai, diz desconhecer a causa, seu irmão mais novo morreu de leucemia aos 19 anos. A longeva acredita que sua vida ativa e alegre é que colaborou para que chegasse bem a essa idade.

Longeva 9 - 83 anos

Nasceu no município de Milagres, em Minas Gerais, viveu sua infância num sítio, onde havia várias árvores frutíferas e muitas vacas de leite, teve sete irmãos. A família cultivava algodão, arroz, milho e feijão. Sua mãe fazia remédio para cuidar da saúde dos filhos.

Quando ela completou vinte anos seu pai vendeu o sítio em Minas Gerais e comprou outro em Cornélio Procopio onde conheceu o seu marido. Casou e teve seis filhos. Como o marido tinha um emprego temporário em fazendas, viviam se mudando, até se fixarem em Curitiba. A família veio morar no Bairro Alto, e nesse local seu marido abriu um bar. O marido era alcoólatra, e gastou quase tudo que possuíam com bebida, ficou separada por dezessete anos. O marido voltou para casa quando já estava muito doente, e ela cuidou dele até falecer. Faz 18 anos que é viúva.

Hoje vive com o filho que é solteiro, mas passa alguns dias na casa dos outros filhos. Sai sozinha de casa, anda ao redor da quadra e vai a pé até a UBS. Em sua rotina diária ela acorda, toma café, limpa a casa. Depois prepara o almoço para ela e o filho, limpa a casa, descansa, à noite janta e assiste televisão. Gosta de fazer as unhas e arrumar o cabelo.

Cuida de sua saúde não tomando chuva, nem friagem e agasalha-se bem, pois acredita que esses cuidados evitam que ela adoeça. Gosta de comer muitas frutas. A longeva atribui sua longevidade à sua devoção a Deus.

Longevo 11 - 85 anos

Nasceu na cidade de Cerro Azul, Paraná, onde o pai possuía um escritório. Seus pais tiveram oito filhos. Com quatro anos se mudou com os pais para o município de Palmeira, onde ficaram até ele completar nove anos de idade, estudando na Escola Adelaide. Quando criança vivia na rua, pois naquele tempo não havia violência, brincava, jogava bola, peão. Tinha uma alimentação comum, sua mãe nunca trabalhou fora de casa.

A família mudou-se para Campo Largo onde seu pai conseguiu construir uma casa. Passado um tempo migraram para Curitiba, para um apartamento na Rua Barão do Serro Azul. Aos 18 anos serviu o exército em Curitiba no Terceiro Regimento de Artilharia Montada situado onde se localiza hoje o Shopping Curitiba.

Estudou até o terceiro ano do Científico. Foi trabalhar de fiscal em Rolândia onde ficou por um ano, em função da corrupção existente ali preferiu pedir demissão. Voltou para Curitiba e depois de um tempo mudou para Santa Izabel do Ivaí.

Nessa cidade seu pai possuía um cartório e foi trabalhar com ele de 1955 até 1960, quando seu pai retornou a Curitiba por motivo de doença. Depois disso adquiriu algumas propriedades e passou a cultivar café. Acabou conhecendo sua esposa e casando, ele tinha 43 e ela 18 anos. Tiveram três filhas, para dar estudo a elas vendeu todas as propriedades e veio para Curitiba.

Primeiro se estabeleceu no Jardim Social e depois no Bairro Alto. Não trabalhou mais, aplicou o dinheiro da venda do sítio em ações. Em Curitiba tiveram mais um filho que nasceu no hospital São Lucas. Os filhos cresceram, casaram, na igreja e no civil, e o casal tem hoje quatro netos.

Recebe a aposentadoria de trabalhador rural e tem plano de saúde pago pelos filhos, os filhos também residem no bairro. Recentemente fez uma cirurgia no coração, mesmo tendo plano de saúde, realiza consultas na Unidade de Saúde do bairro. Toma medicamentos para artrose, e para o coração.

O longo tempo revela que apresenta dificuldade de locomoção em função da artrose não saindo de casa a não ser de carro, anda, mas só dentro de casa ou no jardim, e com o auxílio de uma bengala. Gosta de assistir televisão principalmente os programas de esportes, e jornais.

Quando levanta tem o costume de trocar de roupa, lavar o rosto, os dentes. Pela manhã costuma tomar leite misturado com aveia, café com leite e pão. No almoço come arroz, feijão, gosta muito de salada e de legumes, tem preferência por carnes sem gordura devido ao seu problema de coração, à tarde come uma fruta e à noite faz um lanche, com café ou toma uma sopa.

Afirma que não frequentava igreja, passou a ir quando casou, pois a esposa era religiosa, atualmente não frequenta mais em função de seu problema de locomoção.

Longeva 13 - 81 anos

Nasceu no Bairro Batel, seus pais eram descendentes de alemães, sua mãe dona de casa e seu pai ferroviário tiveram oito filhos. Sua mãe sofreu um infarto que

a manteve pelo resto da vida acamada, desde pequena já ajudava no cuidado da mãe. Seu pai era alcoólatra.

Casou com apenas 14 anos de idade, com seu vizinho que trabalhava como mecânico soldador na empresa Matte Leão, antes de trabalhar como soldador atuou como goleiro em equipes profissionais de futebol. Tiveram nove filhos, dois morreram ainda pequenos. Perdeu o marido dia seis de janeiro de 1959 numa explosão ao soldar um caminhão. A partir daí teve que trabalhar como diarista para conseguir sustentar os filhos.

Hoje mora na casa que pertenceu à sua mãe, ajudou a criar os seus dez netos. A longeva afirma que ela mesma cozinha, mas come pouco em função da cirurgia feita há mais de 40 anos (estômago), tem problema de refluxo esofágico e toma pouca água.

Revela que antes de sofrer uma queda quando embarcava em um ônibus, executava todas as tarefas de casa sem problema, e hoje tem dificuldade para realizar as tarefas mais básicas como pentear o cabelo, além de prejudicar as caminhadas na rua. É evangélica, mas depois do acidente não foi mais à igreja. Demonstra muita alegria, gosta de cantar músicas sertanejas nos aniversários e nas festas promovidas na UBS.

Longeva 14 - 90 anos

Nasceu no ano de 1922, às 5h 30 min. Morou na chácara de seu avô no Bairro Bacacheri. Seu pai era marceneiro e sua mãe dona de casa, ambos tinham origem italiana. Teve dois irmãos, porém um deles morreu em consequência de queimaduras, quando ela ainda não havia nascido.

A longeva lembra que se alimentavam do que cultivavam, comprando apenas o arroz e o açúcar. Seu avô ordenhava as vacas e suas tias se encarregavam de vender o leite. Quando tinha cinco anos seus pais se separaram, ela ficou com o pai até os onze anos, então fugiu de casa e foi morar com sua mãe na casa de sua avó no bairro. Começou a frequentar a escola com oito anos, porém estudou só dois anos, parou de estudar porque tinha que ajudar a avó a cuidar dos seus primos, no bairro Cajuru onde hoje é o Cristo Rei.

Com 15 anos fez curso de corte e costura e passou a trabalhar num atelier na rua XV de novembro, trabalhou oito anos até se casar, a partir daí não trabalhou mais fora de casa. Casou-se em 1945, e morou por quatro meses na Rua André

Rebouças que agora se chama Baltazar Carrasco do Reis. Depois mudou para o bairro Mercês onde teve seus três filhos. Após a morte da sogra foi morar na Vila Fani onde viveu por 50 anos. Seu marido era professor no SENAI, faleceu aos 61 anos de leucemia. Com a morte do marido foi morar em uma casa nos fundos do terreno da filha no Bairro Alto. Hoje tem oito netos.

A longeva apresenta déficit visual há dois anos em consequência de uma cirurgia de catarata mal sucedida. Teve dois episódios de infarto nos últimos anos e por isso ela não sai mais sozinha de casa. É pensionista do INSS, porém necessita da ajuda financeira dos filhos, que pagam o plano de saúde.

Ela revela que prepara o seu almoço, cozinha macarrão, carne, o feijão não cozinha, uma de suas filhas prepara e ela só esquenta, depois lava a louça e vai descansar, toma café da tarde e à noite sopa de legumes, não usa açúcar ou fritura.

No seu tempo livre assiste à televisão e ouve rádio, se movimenta em casa, mas não chega a sair para rua em função de seu déficit visual e do problema cardíaco, mas participa sempre dos eventos da família. Sua mãe morreu de parada cardíaca aos 52 anos, e seu pai com 83 anos, desconhece a causa.

Longevo 15 - 80 anos

Nasceu no Estado de São Paulo, no município de Itajobi. Desde pequeno trabalhava na roça, junto com os avôs, a mãe e os irmãos, pois seu pai faleceu quando tinha cinco anos de idade. Sua mãe morreu em 1976 com 67 anos. Quando criança frequentava a escola pela manhã, e à tarde ajudava no trabalho da roça.

Em 1949 veio para o Paraná, para o município de Sertanópolis, em 1952 conheceu sua esposa e em 1954 casou, tiveram três filhos. Trabalhava na plantação de café. Em 1955 perderam toda a plantação com a geada, demoraram alguns anos para se restabelecerem financeiramente. Em 1976 veio para Curitiba onde trabalhou de vigilante e depois como servente de pedreiro. Aposentou-se aos 65 anos. Construiu sua casa e a dos filhos. Teve um AVC há cinco anos e recentemente uma infecção urinária.

Hoje mora juntamente com a esposa numa casa alugada e tem uma empregada que é paga pelos filhos. A empregada ajuda a cuidar da esposa que é dependente. Possui plano de saúde e vai à UBS apenas para receber medicamentos, a filha mais velha é quem cuida do casal faz as compras da casa e o almoço pra eles de vez em quando.

Em sua rotina diária o longo vivo costuma levantar, fazer o café depois faz um pouco de exercício. Espera a visita de sua filha, depois anda pelo lote, passeia pelo bairro, almoça e assiste à televisão. À tarde toma café e volta a assistir televisão, depois vai dormir. O longo vivo acredita que sua longevidade deva-se a Deus, e aos seus hábitos alimentares no passado.

Longeva 16 - 81 anos

Nasceu na zona rural de São José dos Pinhais. Deixou de estudar para ajudar a cuidar dos irmãos menores enquanto sua mãe trabalhava na roça. Os pais plantavam milho, feijão, batata, criavam porco, galinhas e vaca de leite, eram oito irmãos. Seu pai morreu com 69 anos e sua mãe com 80. Casou com 19 anos. Teve sete filhos.

Vieram para após o nascimento do segundo filho do casal e foram trabalhar e morar nas instalações do Jockey Clube. Seu marido trabalhava na manutenção das raías e ela na limpeza dos banheiros femininos.

Faz quatro anos que seu marido faleceu e hoje mora numa casa dividindo o terreno com seu filho. Frequenta a UBS do bairro onde consulta, retira remédio, mede a pressão, só sai de casa sozinha para ir à panificadora e na UBS. Participa das atividades para senhoras da igreja. Hoje tem 27 netos e oito bisnetos

Em sua rotina diária ela acorda, trata o cachorro, aí toma café com leite, come pão, bolacha, depois lava a louça, a roupa, varre a casa, tem uma diarista que aparece quinzenalmente e faz o serviço mais pesado. Depois prepara o almoço, à tarde descansa e faz um lanche, assiste à novela e depois vai dormir. A longo viva atribui a sua longevidade, à sua alimentação saudável e vida ativa.

Longeva 18 - 82 anos

Nasceu em Severiano de Almeida, Rio Grande do Sul, cidade próxima a Erechim. Morava na roça, longe do comércio e da escola. O pai nasceu em Vacaria - RS e era descendente de índios e italianos, a mãe nasceu na Alemanha, tiveram 12 filhos, sendo seis homens e seis mulheres, todos os partos foram realizados por parteiras da região. O pai era curandeiro e usava a homeopatia para tratar os filhos e as pessoas que moravam nas redondezas, o pai aprendeu a profissão com seu avô. O local onde moravam era distante da cidade, o que dificultava o acesso aos médicos.

O pai possuía terras, e a família teve dificuldades para iniciar o plantio, e também para vender a produção das lavouras. Os membros da família acordavam antes de clarear o dia para arrumar a casa, e quando amanhecia iam trabalhar na roça. Plantavam arroz, feijão, mandioca, trigo, cana-de-açúcar criavam vacas leiteiras, gado, abelhas, possuíam um engenho de açúcar e um funcionário para cuidar dele. A família tinha um escravo, o qual foi embora para uma fazenda vizinha.

Estudava em uma escola 20 km distante de casa, ela e os irmãos faziam esse trajeto a pé. As aulas eram em alemão, sem o conhecimento dos pais, quando estes descobriram mudaram os filhos de escola, mas isso acabou dificultando o aprendizado quando foram para outra escola estudar na língua portuguesa.

A alimentação tinha origem no que plantavam: mandioca cozida, batata doce assada, mel de abelha, melado, leite, batiam a nata do leite para fazer manteiga. Faziam pão no forno de pedra coberto com barro e cinzas.

A família frequentava a igreja aos domingos e os filhos não saíam sozinhos de casa. À noite, após a lição de casa, que faziam em uma grande mesa, o pai dava conselhos para todos, mas não falava abertamente sobre sexo, como é feito hoje.

Conheceu o marido em São José do Ouro - RS, quando o pai comprou terras nessa cidade. Foi morar com o sogro, o qual possuía uma Serraria e muitas terras. Com o primeiro marido teve dois filhos, os partos foram realizados por parteiras. O marido morreu por complicações renais.

O pai dela comprou terras em Dois Vizinhos - PR e pediu para ela cuidar, com ela vieram os dois filhos. Depois foram para Cascavel - PR, onde montou um restaurante e em seguida uma loja de doces e refrigerantes.

Casou-se novamente e teve mais quatro filhos, o segundo marido era dez anos mais velho que ela e morreu de infarto. O pai faleceu com 92 anos devido a um derrame, a mãe cinco anos depois por problemas no coração.

Os filhos mudaram para Curitiba e pediram para ela ir junto. Tentou morar no Litoral do Paraná, mas não se adaptou voltando para Curitiba. Um dos filhos foi parar na cadeia e teve que vender sua casa para pagar os custos. Possui doze netos e dois bisnetos. Ela ajuda a família com serviços, recebe uma pensão de um salário mínimo, e os filhos a ajudam financeiramente. Um neto de 30 anos mora temporariamente com ela aumentando os custos com alimentação, água e luz, ele auxilia com cem reais por mês.

Muito religiosa antes frequentava a igreja Católica, mas depois de alguns problemas de saúde, começou a ir à igreja Universal, na qual vai três vezes por semana. Também participa de passeios promovidos pela unidade de saúde. Tem artrose e por isso toma medicação para a dor (analgésico) e também toma medicação para o controle da pressão.

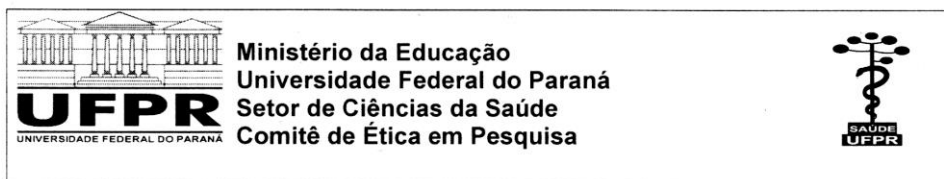
Na sua rotina diária levanta-se, toma banho, come bolacha com leite no café da manhã, em seguida arruma a casa. Ao meio dia faz o almoço para ela e o neto, a tarde vai à Unidade de Saúde ou à Igreja, encontra-se com uma vizinha ou com as amigas da igreja. À noite come bolacha com leite ou fruta, principalmente banana, vai dormir às 20 horas.

Os cuidados que tem com a saúde além de comprar a medicação necessária são: colocar fibras na massa do pão, comer sopas de verdura e de galinha, evita produtos industrializados, cuida para não sair na chuva e não resfriar-se, tomou a vacina da gripe. Gosta de caminhar e faz alguns exercícios que aprendeu na fisioterapia para alongamento. Tem fé em Deus e considera que possui força, coragem e dom para confortar os outros.

ANEXOS

| | |
|--|-----|
| ANEXO 1 - APROVAÇÃO DO PROJETO PELO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ | 155 |
| ANEXO 2 - APROVAÇÃO DO PROJETO PELO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE CURITIBA-PR | 156 |
| ANEXO 3 - MINIEXAME DO ESTADO MENTAL | 157 |

ANEXO 1 - APROVAÇÃO DO PROJETO PELO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA
DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ



Curitiba, 06 de setembro de 2011.

Ilmo (a) Sr. (a)
Mariluci Hautsch Willig
Maria Helena Lenardt

Nesta

Prezados Pesquisadores,

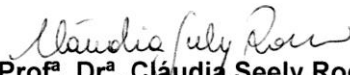
Comunicamos que o Projeto de Pesquisa intitulado **“A trajetória de vida dos idosos longevos de uma comunidade: o elo entre o passado e o presente”**, está de acordo com as normas éticas estabelecidas pela Resolução CNS 196/96, foi analisado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Setor de Ciências da Saúde da UFPR, em reunião realizada no dia 31 de agosto de 2011.

Registro **CEP/SD: 1199.124.11.08** **CAAE: 0128.0.091.085-11**

Conforme a Resolução CNS 196/96, solicitamos que sejam apresentados a este CEP, relatórios sobre o andamento da pesquisa, bem como informações relativas às modificações do protocolo, cancelamento, encerramento e destino dos conhecimentos obtidos.

Data para entrega do 1º relatório parcial: 07/03/2012

Atenciosamente


Prof.ª. Dr.ª. Cláudia Seely Rocco
Coordenadora do Comitê de Ética em
Pesquisa do Setor de Ciências da Saúde

ANEXO 2 - APROVAÇÃO DO PROJETO PELO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA
DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE CURITIBA-PR



PREFEITURA MUNICIPAL DE CURITIBA
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE
CENTRO DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

DECLARAÇÃO

Declaramos para os fins que se fizerem necessários, que a/o pesquisadora Mariluci Hautsch Willig protocolou sob o número 75/2011 sua solicitação de campo de pesquisa para o projeto intitulado: “A trajetória de vida dos idosos longevos de uma comunidade: o elo entre o passado e o presente” (FR 454371).

Declaramos ter lido e concordar com o parecer ético emitido pelo CEP da Instituição Proponente, conhecer e cumprir as Resoluções Éticas Brasileiras, em especial a Res. CNS 196/96.

Esta instituição está ciente de suas co-responsabilidades como instituição co-participante do presente projeto de pesquisa, e de seu compromisso no resguardo da segurança de sujeitos de pesquisa nela recrutados, dispondo de infra-estrutura necessária para a garantia de tal segurança e bem-estar.

Esclarecemos que após o término da pesquisa, os resultados obtidos deverão ser encaminhados ao CEP/SMS.

Por ser verdade firmamos a presente.

Atenciosamente,

Curitiba, 19 de outubro de 2011.

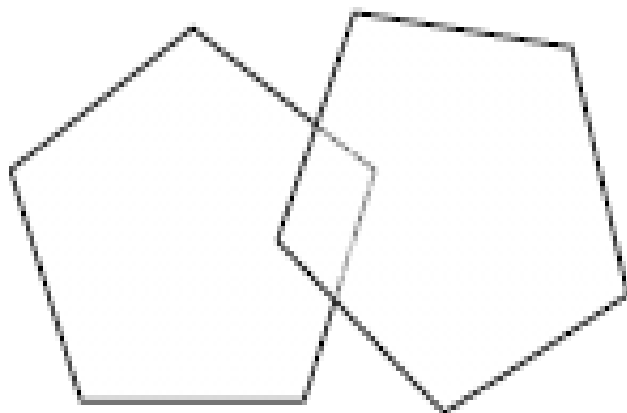
Coordenador do CEP/SMS

ANEXO 3 - MINIEXAME DO ESTADO MENTAL

MINIEXAME DO ESTADO MENTAL

| | | Pont | Máx.Pont. |
|-----------------------------|---|------|-----------|
| ORIENTAÇÃO TEMPORAL | Em que ano estamos? | | 1 |
| | Em que estação do ano estamos? | | 1 |
| | Em que mês estamos? | | 1 |
| | Em que dia da semana estamos? | | 1 |
| | Em que dia do mês estamos? | | 1 |
| ORIENTAÇÃO ESPACIAL | Em que estado nós estamos? | | 1 |
| | Em que cidade nós estamos? | | 1 |
| | Em que bairro nós estamos? | | 1 |
| | Como é o nome dessa rua, ou esse endereço? | | 1 |
| | Em que local nós estamos? | | 1 |
| REGISTRO | Repetir: CARRO, VASO, BOLA. Solicitar que memorize. | | 3 |
| ATENÇÃO E CÁLCULO | Subtrair: $100-7 = 93-7 = 86-7 = 79-7 = 72-7 = 65$ ou soletrar a palavra MUNDO, e então, de trás para frente. | | 5 |
| MEMÓRIA DE EVOCAÇÃO | Quais os três objetos perguntados anteriormente? | | 3 |
| NOMEAR 2 OBJETOS | Lápis e relógio | | 2 |
| REPETIR | “Nem aqui, nem ali, nem lá” | | 1 |
| COMANDO DE ESTÁGIOS | Apanhe esta folha de papel com a mão direita, dobre-a ao meio com ambas as mãos e coloque-a no chão | | 3 |
| LER E EXECUTAR | Feche seus olhos | | 1 |
| ESCREVER UMA FRASE COMPLETA | Escrever uma frase que tenha sentido | | 1 |
| COPIAR DIAGRAMA | Copiar dois pentágonos com interseção | | 1 |
| TOTAL | | | 30 |

Frase: _____



FONTE: FOLSTEIN; FOLSTEIN; MCHUGH (1975) E ADAPTADO POR BRUCK *et al.*, (2006).